

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA BUCOFACIAL



**ANÁLISIS DE LOS FACTORES ANATÓMICOS, QUIRÚRGICOS Y
SOCIO-LABORALES EN EL POSTOPERATORIO DE LA
EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Ana Molina García

Directora: Prof. Dra. María Isabel Leco Berrocal

Madrid, 2013

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	2
II. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	12
III. MATERIALES Y METODOLOGÍA.....	20
III.1 MATERIALES:.....	21
III.2 METODOLOGÍA:.....	23
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	34
IV.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	35
IV.2 ANÁLISIS COMPARATIVO E INFERENCIAL	57
V. DISCUSIÓN	67
VI. CONCLUSIONES	82
VII. BIBLIOGRAFÍA	84
VIII. ANEXOS.....	99
VIII.1 ANEXO I:	100
VIII.2 ANEXO II:	112

I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18-25 años) por lo que se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal. La edad media de erupción de los cordales en los varones es de 19,9 años y de 20,4 años en las mujeres, aceptándose como normal un retraso de la erupción de aproximadamente dos años (1). Kruger y cols. (2) en un estudio sobre 821 jóvenes, observaron que el 26% de cordales inferiores erupcionaron completamente a los 26 años, concluyendo que los terceros molares inferiores en posición vertical erupcionan por completo durante la tercera década de vida, cuando el crecimiento de la mandíbula es completo. Otros autores (3) sugirieron que los terceros molares mesializados u horizontales son poco probable que erupcionen durante la tercera década de vida

Los tres molares nacen del mismo cordón epitelial, con la diferencia de que el mamelón del tercer molar va a desprenderse del segundo, considerándose de esta manera el tercer molar como un reemplazo del segundo molar. La calcificación de este diente comienza a los 8-10 años, hasta los 15-16 años no termina de formarse la corona y las raíces hasta los 25 años realizándose en un espacio muy limitado, ricamente innervado y en relación más o menos directa con todas las regiones cervicofaciales. (4).

La evolución del tercer molar inferior se realiza en un espacio muy limitado, entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente y las dos corticales óseas, de las cuales, la externa es espesa y muy compacta, por lo que el tercer molar inferior se desvía hacia la cortical interna, con lo que si lo logra, termina implantándose hacia lingual (1).

La agenesia de los terceros molares se presenta aproximadamente en un 5-30% de los pacientes dependiendo de la raza. Esto podría considerarse como una disminución de su potencial vital (1). La teoría genético–evolutiva sostiene que el paso del hombre a la posición bípeda y el aumento de la capacidad craneal produjeron cambios en la mandíbula, que pasó a ocupar una posición más anterior y caudal, dando lugar a una reducción en el tamaño del arco mandibular en mayor medida que la disminución del tamaño dental. Esta discrepancia potencia la inclusión dentaria (5). Celikoglu y cols. (6) observaron en su estudio sobre 1404 terceros molares, una frecuencia de agenesia del 17,3%; más que otros estudios (7,8) que con muestras más pequeñas mostraron un 12% y un 9% de agenesia respectivamente. Sin embargo, Sandhu y cols. (9) y Hattab y cols. (10) vieron en sus estudios que las tres cuartas partes de su muestra presentaba agenesia de los cuatro terceros molares. Teniendo en cuenta el factor de la raza, el primer estudio se realizó sobre estudiantes asiáticos e hindús y el segundo sobre estudiantes jordanos.

La extracción dentaria ocupa el mayor porcentaje de la actividad quirúrgica de un odontólogo o estomatólogo (11,12) y en los servicios de cirugía maxilofacial hospitalarios (13), siendo la patología del tercer molar la intervención más frecuente (12,13).

Leco y cols. (12) en un estudio que realizaron durante 2 años para valorar la actividad quirúrgica realizada en el Máster de Cirugía Bucal de la Universidad Complutense de Madrid, así como el análisis de la demanda social en cirugía bucal ambulatoria, observaron que de 6750 intervenciones realizadas, el 91% eran extracciones dentarias. De éstas, las más frecuentes fueron las extracciones de terceros molares inferiores (52,5%), seguidos de los terceros molares

superiores (31%). El resto de intervenciones correspondieron a otras extracciones dentarias (5,5%), caninos incluidos (1,2%), dientes supernumerarios (0,5%) y premolares incluidos (0,3%).

Los terceros molares incluidos requieren una importancia relevante (12,13); diferentes estudios (12-14) coinciden en que el inferior es el más frecuente. En la revisión que realizaron Alcaraz y cols. (13) establecieron que la frecuencia de inclusión de los cordales afecta entre un 15% y un 35% de toda la población.

Schersten y cols. (14) realizaron un estudio sobre la prevalencia de terceros molares impactados en estudiantes suecos, obteniendo que un 24% (177) de los cordales se encontraban incluidos. En otro estudio posterior realizado sobre estudiantes jordanos, Hattab y cols. (10) encontraron una prevalencia de terceros molares impactados de un 28,2% (194) de la muestra.

En el estudio de Leco y cols. (12) observaron un 62,9% (3541) de cordales mandibulares incluidos y un 37,1% (2088) de cordales maxilares incluidos. Este resultado está próximo al de Scherten y cols. (14) que, aunque tienen una muestra menor, obtuvieron una prevalencia de cordales incluidos en la maxilar de un 34% (61) y de un 66% (116) para los mandibulares.

Sin embargo, Hattab y cols. (10) en su estudio obtienen un resultado distinto, ya que los terceros molares que presentaban una mayor frecuencia de inclusión fueron los maxilares (52,6%) y no los mandibulares (47,4%).

Los motivos por los que los cordales inferiores presentan una mayor demanda de tratamiento pueden deberse a que son los que producen mayor sintomatología clínica, que la podemos resumir en patología infecciosa, procesos mecánicos, trastornos reflejos y patología quístico-tumoral (13), otros motivos que

pueden causar la exodoncia son la indicación ortodóncica, la reabsorción del segundo molar, caries y problemas periodontales. (15).

Nance y cols. (16) observaron que el 51% de 312 terceros molares inferiores presentaban una bolsa periodontal \geq de 4mm en distal del segundo molar y alrededor del tercer molar.

En el estudio de Alcaraz y cols. (13) el motivo principal de consulta con respecto a la exodoncia del tercer molar inferior incluido fue la pericoronaritis y otras infecciones (43,8%), seguido de la causa profiláctica (24,4%), ortodóncicas (13,2%), patología de ATM (5,8%), caries en el cordal semiincluido (5,5%) y protésico (2,5%).

Otros autores como Almendros-Marqués y cols. (17) en el que realizaron exodoncias de 259 terceros molares inferiores, también el motivo de consulta con un mayor porcentaje (54,4 %) fue la pericoronaritis. Sin embargo, Chiapasco y cols. (18) la mayoría de dientes que extrajeron fue por motivo preventivo (30,9%).

Para un diagnóstico adecuado de la inclusión del tercer molar mandibular resulta imprescindible el estudio radiológico, siendo la radiografía panorámica la exploración más utilizada (13).

Por medio de la radiografía panorámica podemos determinar el grado de inclusión siguiendo varias clasificaciones. Así la de Pell-Gregory (19), que hace referencia, por una parte, a la posición de los terceros molares en relación con el borde anterior de la rama ascendente mandibular y el segundo molar y por otra parte, a la profundidad relativa del tercer molar en el hueso; o mediante la clasificación de Winter (20) basada en la posición del tercer molar en relación al

segundo molar (vertical, horizontal, mesioangular, distoangular, vestibuloangular, linguoangular e invertido).

Almendros-Marques y cols. (21) observaron que de 40 cordales inferiores el 37,5% estaba en una posición mesioangular, seguido del vertical en un 35 %, distoangular 15% y el horizontal 12.5%. De igual manera Chispasco y cols. (18) obtuvieron con una muestra bastante mayor (1000 cordales inferiores) un mayor porcentaje en la posición mesioangular (35,8%), seguido de la vertical (26,6%), en distoangular (19,6%) y en horizontal (18%).

La radiografía panorámica también resulta imprescindible para determinar la dificultad quirúrgica en la extracción de los terceros molares inferiores, y por tanto, de la capacitación del profesional para realizar la intervención de la técnica quirúrgica a seguir para así minimizar las complicaciones y proporcionar un postoperatorio lo más asintomático posible (22).

Como hemos dicho, la predicción prequirúrgica de la dificultad puede variar según los distintos profesionales involucrados en el manejo de los terceros molares (23).

El grado de dificultad empezó a ser evaluado considerando únicamente dos o tres parámetros y relacionándolos con el dolor postoperatorio (24-26). Yuasa y cols. (26) clasificaron la dificultad quirúrgica en fácil y difícil según la posición y la anatomía de las raíces en tomografías panorámicas. Otros autores (27-33), observaron que estos parámetros eran insuficientes y añadieron nuevas variables.

La escala de Pederson (27) utiliza las clasificaciones de Pell y Gregory (19) junto con la de Winter (20). A cada una de las variables se les asigna un valor de 1 a 4, según su influencia en la dificultad de la extracción y se suman todos los valores, obteniéndose así la siguiente predicción de dificultad: muy difícil - de 7 a 10 -; moderadamente difícil - de 5 a 7 - y poco difícil - de 3 a 4 -. Como se puede observar, las puntuaciones totales con las que se juzga la dificultad, están basadas en la anatomía local y en radiografías, aunque, según diferentes autores, el índice nunca ha estado verdaderamente aceptado. Un estudio (34) manifestó solo un 23,8% de sensibilidad utilizando la escala de Pederson.

Cáceres y cols. (28) evalúan los parámetros de altura mandibular, el ángulo del segundo molar, el tamaño del folículo dentario, la posición del tercer molar inferior según su inclinación, el recubrimiento óseo y el espacio desde distal del segundo molar hasta la rama ascendente.

García-García y cols. (30) realizaron una clasificación más clínica y más sencilla con 4 puntos para valorar: I: si se trata de una exodoncia simple; II: de una exodoncia que requiere ostectomía; III: de una exodoncia que requiere ostectomía y sección coronal; IV: de una exodoncia compleja (sección radicular), siendo esta escala una modificación de la escala de Parant (32) (mostraron una especificidad del 76,2% (34)).

Peñarrocha y cols. (29) estudiaban las variables del grado de inclinación, la profundidad, la relación con la rama ascendente, distancia de Winter, la inclinación del segundo molar, la radiotransparencia pericoronal, la presencia de espacio pericoronal, el área coronal y el tipo de raíz. A cada una de estas variables se les asigna un valor de 0 a 2 y se suman. La puntuación obtenida servirá

para establecer la siguiente escala de dificultad: escasa dificultad si la puntuación está entre 0 y 5, dificultad media si resulta entre 6 y 10 y gran dificultad si la suma es mayor de 10 puntos.

Otra escala de dificultad clínico-radiológica para la extracción de terceros molares es la establecida por Romero Ruiz y cols. (33), que estudian las siguientes variables: la relación espacial, la profundidad, el espacio disponible, la integridad de hueso y mucosa, las raíces y el tamaño del folículo. A cada variable se le asigna, respectivamente una puntuación - de 1 a 5 - , se suman todos los puntos y, en este caso, esta suma es dividida por la mitad obteniéndose la siguiente escala de predicción: muy difícil, cuando la puntuación está entre 7 y 10, difícil si resulta entre 5 y 7 y poco difícil si el valor final está entre 3 y 4 puntos. La misma escala está descrita, por los mismos autores, para los cordales superiores, obviando la relación con la rama ascendente y el tamaño del folículo.

A pesar de estas escalas para determinar el grado de dificultad y de tratar de realizar una técnica lo más reglada posible estas intervenciones no están exentas de complicarse. El rango de complicaciones relacionadas con la extracción del tercer molar van desde 4.6 % al 30.9% y pueden ocurrir intraoperatoriamente o en el desarrollo del periodo postoperatorio (35). Pueden ir desde la una alveolitis hasta la lesión del nervio dentario inferior o del nervio lingual, pasando por hemorragias, infecciones, etc. (15). La lesión del nervio dentario inferior es una complicación postoperatoria grave (36,37) que ocurre en el 0,4-8,4% de las exodoncias de los terceros molares inferiores (38-40).

Autores como Chiparro y col (18) observaron complicaciones postoperatorias como la alveolitis seca, infecciones secundarias, sangrado excesivo, disestesia y trismus con un porcentaje muy pequeño entre el 1,2% y el 0,3%.

Los factores que se asocian con las complicaciones de los terceros molares incluyen la edad, el sexo, los antecedentes médicos, la ingesta de anticonceptivos orales, la presencia de pericoronaritis, una pobre higiene oral, fumar, la experiencia del cirujano, el número de dientes extraídos, el uso de antibióticos preoperatorios, de antisépticos tópicos, de medicación intra alveolar y de la técnica anestésica empleada (35).

Existen estudios que hacen referencia al postoperatorio de la exodoncia del tercer molar inferior, los cuales refieren que siempre aparecen, en mayor o menor medida, inflamación, trismo y dolor (41).

El dolor postquirúrgico comienza inmediatamente tras cesar el efecto anestésico. En función del grado de inflamación, el segundo y el tercer día puede ser los de mayor dolor (24,42).

Existen varios factores relacionados con el dolor postquirúrgico: la edad del paciente, la inexperiencia del cirujano, la cuantía del despegamiento mucoperiostico, el consumo de tabaco, la administración no pauta de analgésicos, el grado de dificultad de la cirugía, tiempo total de la intervención, el grado de ansiedad y la higiene oral del paciente (41).

Esta sintomatología postoperatoria puede repercutir en la actividad laboral o académica de los pacientes. En la literatura existen algunos estudios (43-48) en los que se hace referencia a la baja laboral después de la intervención de la exodoncia del tercer molar inferior. Happonen y cols. (43) realizaron un estudio

sobre la baja laboral después de la extracción del tercer molar inferior en el que observaron un rango de 1,6-1,9 días de baja. Otros estudios establecieron que entre un 42-57% de los pacientes no les repercutió la intervención de la exodoncia del tercer molar inferior en su actividad diaria (44,45).

No hemos encontrado estudios en la literatura que relacionen la situación laboral o la profesión del paciente con los días de baja laboral después de la exodoncia del tercer molar inferior.

Como hemos mostrado, existen muchos estudios relacionados con la exodoncia de los terceros molares mandibulares incluidos, la mayoría de estos estudios analizan factores anatómicos, patológicos, quirúrgicos y postoperatorios pero son menos los que relacionan éstos con la ansiedad, el temor a acudir a la consulta y su repercusión en el ámbito laboral y social, teniendo en cuenta la situación laboral del paciente. Es por ello, por lo que consideramos justificado la realización de este estudio.

II. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

La reacción de temor que presentan los individuos frente al tratamiento dental, o cualquier situación relacionada con el ámbito odontológico, queda encuadrada dentro de la ansiedad dental (49).

Las respuestas de ansiedad o de miedo suelen ir acompañadas de otras respuestas que sí dificultan o impiden la realización de las intervenciones dentales. Estas respuestas pueden ser de dos tipos: respuesta de evitación y conductas disruptivas o entorpecedoras. Las respuestas de evitación dental son todas aquellas reacciones del paciente que impiden exponerse o entrar en contacto con las situaciones relacionadas con el tratamiento dental. Las conductas disruptivas o entorpecedoras son respuestas que se producen en la propia situación de tratamiento dental dificultando la aplicación de los procedimientos o intervenciones dentales necesarios (50).

Existen otros factores que también pueden influir, como la respuesta del personal dental, u otras personas presentes durante el tratamiento, ante las conductas de miedo o evitación dentales. Winer (51) señala que los intentos de los padres para clamar a sus hijos y disminuir la ansiedad que experimentan ante el tratamiento dental, puede tener en muchas ocasiones un efecto opuesto al pretendido. Por otra parte, según Weinstein (52), la evitación del miedo dental puede también mantenerse por lo que él denomina el ciclo del miedo. En estos casos la evitación o escape al tratamiento dental podría tener como consecuencia una patología oral incontrolada y, probablemente, cada vez más grave, lo que implicaría en muchos casos un tratamiento más doloroso.

Por su alta prevalencia, es frecuente que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales (53). Diversos estudios han informado de una preva-

lencia entre 5-20% (54,55), y más recientemente han demostrado que entre el 6-15% de pacientes evitan atención dental, debido a altos niveles de ansiedad y fobia dental (56).

Varios estudios transversales han documentado que la prevalencia de ansiedad dental disminuye con la edad (54,55,57). Con relación al género, la mayoría de los estudios encuentran mayor prevalencia de ansiedad dental en mujeres que en hombres (57-59). Demostrando que los niveles más altos de ansiedad dental están asociados a bajos niveles de ingresos y educación (58,60), sin embargo, otros que no encuentran tal relación (61).

Alguna de las causas que provocan la ansiedad en los pacientes antes de una intervención odontológica son las malas experiencias previas, como el dolor u otros traumatismos (62). De la misma manera se discute que la lectura del consentimiento informado también incrementan el estrés, siendo obligatorio en este tipo de intervenciones, ya que muchas veces revela información demasiado detallada acerca de las complicaciones de la intervención (63).

El temor al dolor se ha relacionado fuertemente al desarrollo de ansiedad dental y al evitar el tratamiento dental. Estudios realizados por Kent (64,65) indican que el recuerdo del dolor dental es “reconstruido” con el tiempo.

Corah (66) es uno de los primeros autores en diseñar una escala para la medición de la ansiedad dental, sin embargo las respuestas del primero de sus 4 ítems, que pregunta acerca de cómo se sentiría el sujeto si mañana tuviese que ir al dentista, eran referentes al miedo.

La escala de miedo dental de Kleinknecht “Dental Fear Survey” (DFS) (67), fue diseñada por su autor para detectar aquellos factores y/o situaciones específi-

cas del tratamiento dental que suscitan miedo dental. Esta escala constaba inicialmente de 27 ítems (67) y posteriormente Kleinknecht la utilizó con 20 ítems (68), habiendo sido usada también con 22 y con 18 ítems (69) e igualmente modificada en función del propósito del estudio en el que se usó (70). El sistema de respuestas ha sido siempre el mismo con 5 respuestas posibles en orden creciente de miedo y ansiedad dental siendo 1 “nunca o nada” y 5 “a menudo o mucho”. Dado que a escala fue diseñada originalmente (67) para detectar el miedo dental suscitado por diversas situaciones y aspectos concretos e inherentes del tratamiento dental, se han utilizado las puntuaciones medias de cada ítem pero no existe consenso en cuanto a una puntuación de corte determinada para detectar al sujeto con miedo dental alto (68, 71-73).

González Ceiros y cols. (49) en un estudio en 1999 emplearon la encuesta de DFS de Kleinknecht y cols. (67) sobre 253 pacientes para analizar la reacción de hombres y mujeres frente al tratamiento dental y de conocer su nivel de ansiedad dental teniendo en cuenta el sexo, la edad y la ocupación profesional y observaron que la ansiedad dental era similar en ambos sexos y que era mayor en las mujeres jubiladas. En otro estudio Lago-Méndez y cols. (72) compararon la escala de ansiedad general rasgo/estado (STAI) con la DAS y DFS en una muestra de 60 pacientes y observaron que los pacientes con estado general de ansiedad tenían mayor predisposición a tener ansiedad ante un tratamiento dental, siendo ésta mayor en mujeres que en hombres en la escala de ansiedad general.

Esta ansiedad no se manifiesta de igual manera después de la intervención, como sugieren en su estudio Jongh y cols. (62) ya que analizaron los niveles de ansiedad postoperatoria en 71 pacientes a los que se les había realizado la

exodoncia del tercer molar y obtuvieron un impacto mínimo en los niveles de ansiedad dental o en síntomas de trauma psicológico.

La medición del dolor postoperatorio es subjetiva, y no existen criterios uniformes respecto a la escala de recogida de datos, ya que es difícil objetivar esta sensación. Frente a esta subjetividad, para la definición de la sensación dolorosa se han propuesto múltiples métodos y escalas:

- Escala verbal semicuantitativa (EVS) (74) donde se mezclan términos descriptivos del dolor con puntuaciones numéricas.
- Mc Gill Pain Questionnaire (75) que se describen una serie de adjetivos desde el punto de vista sensorial, afectivo y evaluador, para determinar el dolor del paciente. Resulta excesivamente complicado y se necesitan de pacientes con buen nivel intelectual para entenderlo.
- Registro del número de analgésicos consumidos (30,47), esto ofrece una limitación que es la eficacia del analgésico utilizado.
- Escala visual analógica (EVA) (76) que es la empleada más comúnmente, porque resulta un método sensible y fiable para valorar el dolor tras una cirugía. Se representa a través de una línea horizontal que va desde 0, como ausencia de dolor, hasta 10 cm o 100 mm, como dolor máximo, (41) o con otra escala que va de 0 a 170, siendo 0, igualmente, ausencia de dolor y 170, dolor máximo (77).

Isik y cols. (78) en un estudio en el año 2011, compararon la Escala Visual Analógica (EVA) (0-10cm) y la Escala Verbal Analógica con una escala llamada “full cup test” (FCT) propuesta por Ergün y cols. (79), en la que los pacientes

tienen que señalar en un dibujo en forma de vaso el dolor con una línea horizontal que dolor sienten, sabiendo que el máximo se considera que el vaso está lleno y vacío si no se siente dolor. El cálculo se realiza por medio de la altura de la línea / altura de la taza x 100⁵. Estos autores observaron que existía una correlación muy alta entre las tres escalas, por lo que la FCT se podía utilizar para evaluar el dolor postoperatorio después de la exodoncia del tercer molar inferior.

Newton y cols. (80), compararon diferentes formas de medir el dolor y concluyeron que para el clínico es más útil la Escala Visual Analógica (EVA) por su rapidez y sencillez.

Peñarrocha y cols. (41) realizaron un estudio para relacionar el dolor y la higiene oral en el postoperatorio de la exodoncia del tercer molar inferior de 190 pacientes. Para recopilar los datos realizaron unas fichas con un índice de higiene oral, una Escala Analógica Visual, para valorar el trismo y para valorar la inflamación. Como resultados obtuvieron que el dolor máximo sucedería a las 6 horas después de la extracción y el pico máximo de inflamación 24 horas después. Los pacientes con peor higiene oral presentaron más dolor y un consumo de analgésicos mucho mayor.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA), a grandes rasgos, la población la divide en menores de 16 años y mayores de 16 años. Dentro de los mayores de 16 años pueden ser activos (trabajadores asalariados del sector público, trabajadores asalariados del sector privado, trabajadores por cuenta propia, parados, etc.) o inactivos (estudiantes, amas de casa, etc.) (81)

El Instituto Nacional de Estadística publicó en la EPA del 1^{er} trimestre del 2010, que 1 de cada 7 trabajadores (14,46%) con empleo en España está en nómina de alguna de las Administraciones públicas (82).

Ante el tópico de que los trabajadores asalariados del sector público se ponen enfermos mucho más que el resto de los ciudadanos; el actual gobierno de España, una de las reformas económicas que ha realizado dentro de su mandato fue que los funcionarios no cobren su salario íntegro durante los primeros 90 días de baja por enfermedad. Es una medida pensada en el absentismo laboral, aunque según el catedrático de Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Sevilla, “es difícil hallar cifras para comparar el absentismo entre los trabajadores públicos y los del sector privado” (83).

Desde esta reforma, los trabajadores con sueldo público de la Comunidad de Madrid cada vez se ponen menos enfermos o tienen más miedo de cogerse una baja laboral. En el 2009 hubo una media de incapacidad temporal de 21 días y en el 2011 descendió a 17 días por trabajador (84).

Todos los individuos incluidos en el esquema de la EPA, son susceptibles de tener que realizarse en algún momento, una intervención quirúrgica para la extracción del tercer molar inferior. Por lo que teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, sería interesante el conocer la repercusión laboral en los trabajadores según su situación laboral después de dicha intervención.

La ansiedad y el dolor postoperatorio que experimenta el paciente ante la exodoncia del tercer molar inferior son aliviados en mayor medida por fármacos, que suponen un gasto económico social. A esto hay que añadir la posible inhabilitación del paciente para poder realizar su actividad diaria siendo dependien-

te de su situación laboral, por lo que estos factores son determinantes en el consumo de fármacos analgésicos y en la baja laboral.

Por todo lo expuesto anteriormente consideramos que supuestamente en los pacientes sometidos a la extracción del tercer molar inferior, y en función de los factores epidemiológicos, anatómicos y quirúrgicos del mismo, puede existir una relación entre la ansiedad dental preoperatoria, su situación laboral y el dolor postoperatorio y consumo de analgésicos que pueda repercutir en un mayor número de días de baja laboral.

Una vez planteada esta hipótesis de trabajo, nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Describir los aspectos epidemiológicos y motivo de la exodoncia en el postoperatorio del tercer molar inferior.
2. Determinar la influencia de los factores anatómicos y quirúrgicos en el dolor postoperatorio y en el consumo de analgésicos de rescate tras la exodoncia del tercer molar inferior, así como la relación entre éstas dos últimas variables.
3. Analizar la ansiedad dental preoperatoria así como su influencia en el dolor postoperatorio, en el consumo de analgésicos de rescate y en la baja laboral de los pacientes tras la exodoncia del tercer molar inferior.
4. Hallar el número de días de baja laboral y su influencia en el dolor postoperatorio, en el consumo de analgésicos de rescate y en la situación laboral de los pacientes tras la exodoncia del tercer molar inferior.

III. MATERIALES Y METODOLOGÍA

III.1 MATERIALES:

El presente trabajo se realizó en el Departamento de Medicina y Cirugía Bucal de la Universidad Complutense de Madrid, así como, en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Para la realización del mismo el material que se utilizó se describe a continuación.

III.1.2 RECURSOS HUMANOS

En la realización de este estudio participaron una muestra de 63 pacientes que acudieron al Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Universitario de Madrid para la extracción de terceros molares inferiores.

III.1.3 MATERIAL QUIRÚRGICO

El material quirúrgico que utilizamos para la exodoncia del tercer molar inferior fue el siguiente:

- Jeringa tipo carpule
- Aguja larga de 42 mm o aguja corta de 27 mm desechable
- Anestesia en carpule tipo Articaína con epinefrina (Ultracaín1:100000®)
- Aspirador quirúrgico
- Mango de bisturí tipo Bard-Parker
- Hojas de bisturí del nº15 desechables
- Separadores Langenbeck
- Periostotomos
- Botador recto
- Elevadores de Winter
- Fórceps: pico de oro, pico de oro de acceso frontal, cuerno de vaca

- Micromotor quirúrgico con pieza de mano
- Cucharillas de legrado
- Fresas redondas y de fisuras de carburo de tungsteno
- Pinzas largas de disección
- Portaaguja tipo Mayo
- Sutura de 00 ó 000
- Tijeras
- Gasas estériles

III.1.4 MATERIAL COMPLEMENTARIO

Se utilizaron radiografías panorámicas realizadas con el equipo panorámico digital Kodac 8000e, con una magnificación de 1:1,25 y cumpliendo estrictamente las normas establecidas para la realización de las mismas.

El material que utilizamos para medir en las radiografías panorámicas fue una regla milimetrada 10 cm y un transportador de ángulos.

Los datos que íbamos obteniendo de cada caso los almacenábamos en una tabla de recogida de datos (Tabla 1) (completa en CD adjunto)

PC	ED	SX	SL	DT	ME	PG	W	ID	DAS	DFS	ID1	T	DP							ANALG							B
													1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	

Tabla 1: PC=paciente; ED=edad; SX=sexo; SL=situación laboral; ME=motivo de exodoncia; PG=clasificación de Pell-Gregory (19); W=clasificación de Winter (20); ID=índice de dificultad quirúrgica de Cáceres y cols. (28); ID1= grados de dificultad quirúrgica de García-García y cols. (30); DAS= Escala de ansiedad dental de Corah “Dental Anxiety Scale” (66); DFS= Escala de miedo dental según Kleinknecht y cols. (67) “Dental Fear Survey”; T=tiempo de intervención; DP=dolor postoperatorio; ANALG=analgésicos de rescate; B=baja laboral.

III.2 METODOLOGÍA:

El presente trabajo se llevó a cabo de acuerdo a un diseño longitudinal, observacional, retrospectivo y unicéntrico.

Para la realización del mismo se obtuvo el dictamen favorable del Comité Ético de investigación clínica del Hospital Clínico de San Carlos, aprobado en su reunión del 21/11/2011, acta 12.2/11 y con código interno 11/400-E (Anexo I).

III.2.1 SELECCIÓN DE PACIENTES:

Se seleccionaron los pacientes que precisaron de la exodoncia del tercer molar inferior y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión.

- Edad entre 18-55 años, ambos incluidos, en el momento de la intervención.

- Precisar la extracción quirúrgica de un tercer molar inferior con anestesia local.
- No fumador.
- Consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión.

- Problemas cardiovasculares, problemas psicológicos o emocionales diagnosticados.
- Sospecha de embarazo, en período de gestación o de lactancia.
- Presentar patología infecciosa aguda a nivel del tercer molar inferior en el momento de la intervención.
- Historia de hipersensibilidad a los fármacos utilizados en este estudio.
- No colaborar o incumplir los requerimientos del protocolo del estudio.
- En la misma intervención se le realice otra extracción dental.

III.2.2 FASE PREOPERATORIA:

En la primera visita, realizamos una historia clínica del paciente en una ficha creada para el operario (Anexo I), registrando los siguientes datos:

- Edad del paciente: que la clasificaremos en menores o iguales de 30 años y en mayores a 30 años.
- Sexo del paciente
- Situación laboral (según la Encuesta de la Población Activa [EPA] [81]) lo dividimos en: activos ocupados asalariados del sector público (AOAP) o trabajadores con sueldo público, activos ocupados asalariados del sec-

tor privado (AOAPR) o trabajadores con sueldo privado, activos ocupados asalariados trabajadores por cuenta propia (AOATCP) o autónomos, activos en paro que han trabajado antes (APTA) e inactivos estudiantes (IE).

- Diente a intervenir
- Motivo de la extracción, que la clasificaremos en preventivo, infeccioso, ortodóncico, prostodóntico y restaurativo, periodontal, otra patología asociada y otra indicación (caries, radioterapia, riesgo de fractura mandibular).

Seguidamente analizamos:

1. Los factores anatómicos por medio de la clasificación de Pell-Gregory (19), Winter (20) y el Índice de dificultad quirúrgica de Cáceres y cols. (28) del tercer molar inferior por medio de la ortopantomografía (Anexo I):

a. *Clasificación de Pell-Gregory* (19) valora:

La posición de los terceros molares en relación con el borde anterior de la rama ascendente mandibular y el segundo molar, distinguiendo:

- Clase I: espacio suficiente entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase II: el tercer molar incluido tiene un diámetro mesiodistal mayor que el espacio entre el segundo molar y la rama ascendente.

- Clase III: no hay espacio suficiente, todo o casi todo el tercer molar se sitúa en la rama ascendente.

La profundidad relativa del tercer molar en el hueso, describiendo tres posiciones:

- Posición A: la porción alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal que pasa por encima del segundo molar.
- Posición B: el tercer molar inferior está situado por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del mismo.
- Posición C: la parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

b. *Clasificación de Winter (20)*: Basada en la posición de los terceros molares inferiores en relación al segundo molar. Según la inclinación del tercer molar se distingue:

- Retención vertical: el eje del tercer molar es paralelo al de los otros molares.
- Retención horizontal: el eje de tercer molar es perpendicular al del resto de los molares.
- Retención mesioangular: el eje del tercer molar se dirige hacia el segundo molar, formando con este diente un ángulo variable, alrededor de 45°.
- Retención distoangular: el eje del tercer molar se dirige hacia la rama mandibular.

- Retención vestibuloangular: la corona del molar se dirige hacia bucal, y su eje es perpendicular al resto de los molares.
- Retención linguoangular: la corona se dirige hacia lingual y su eje es perpendicular al resto de los molares.

Posición invertida: el tercer molar presenta al revés las posiciones de raíz y corona.

c. *Índice de dificultad quirúrgica según Cáceres y cols. (28)* el cual valora las siguientes variables:

- La altura mandibular: se mide desde la unión amelocementaria de la cara distal del segundo molar hasta el punto más cercano del borde inferior de la mandíbula, valorándose de 0 a 2 puntos (1-30mm = 0; 31-34mm = 1, 35-39mm = 2).
- El ángulo hacia distal del segundo molar: se mide con un transportador de ángulos entre el eje longitudinal del segundo molar y una línea imaginaria y se asignan valores de 0 a 4 puntos según la menor o el mayor angulación del segundo molar hacia distal respectivamente (1-59° = 0; 60-69° = 1; 70-79° = 2; 80-89° = 3; + de 90° = 4).
- El tamaño del folículo dentario: se valora según su grosor entre 0 y 2 puntos (0mm = 2; 0-1mm = 1; + de 1mm = 0).
- La forma y desarrollo de las raíces: se valora entre 1 y 2 puntos (menos de 1/3 = 2; de 1/3 a 2/3 = 1; más de 2/3 y curvatura favorable = 1; más de 2/3 y curvatura desfavorable = 2; más de 2/3 y curvatura compleja = 3).

- La posición del tercer molar: se valora según su inclinación de 0 a 2 puntos (vertical = 0; mesioangular = 1; horizontal y distoangular = 2).
- El recubrimiento óseo del tercer molar inferior se valora de 0 a 3 puntos (sin recubrimiento = 0; cúspide distal cubierta = 1; cúspide mesial cubierta = 2; totalmente cubierto = 3).
- El espacio desde distal del segundo molar hasta rama ascendente: se valora en relación con el diámetro mesiodistal del cordal de 0 a 2 puntos (mayor diámetro mesiodistal del cordal = 0; igual diámetro mesiodistal del cordal = 1 y menor diámetro mesiodistal del cordal = 2).

Se suman todos los puntos de cada una de las variables y se obtiene la puntuación total de la dificultad quirúrgica, cuyo rango puede oscilar entre 1 y 18 puntos. Se dividen en cuatro rangos de dificultad según la puntuación: dificultad baja (1-5), dificultad media (6-11), dificultad alta (12-14) y dificultad muy alta (15-18).

2. Todos los pacientes del estudio se evaluaron mediante la “Escala de ansiedad dental de Corah” (DAS) (66) y la “Escala de miedo dental según Kleinknecht y cols” (DFS) (67), el mismo día de la intervención rellenaron los cuestionarios de cada escala en una sala tranquila acondicionada para tal fin (Anexo):

a. Escala de ansiedad dental de Corah (DAS) (66): Es un cuestionario específico para evaluar el nivel de ansiedad dental anticipatorio, consta de cuatro preguntas tipo alternativa múltiple y selección única, en las que se le solicita al sujeto que señale la respuesta más acorde con su caso. La puntuación puede variar desde 4 (ausencia de ansiedad) hasta 20 (ansiedad máxima). El punto de corte para identificar a los sujetos con alta ansiedad dental se sitúa en 13.

Por lo que menor o igual a 12 se considera ansiedad baja y mayor o igual a 13 ansiedad alta.

b. Escala de miedo dental según Kleinknecht y cols (67) “Dental Fear Survey” (DFS): Este cuestionario está específicamente diseñado para evaluar la ansiedad dental. Consta de 27 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones que evalúan: evitación y ansiedad anticipatoria, arousal fisiológico, miedo específico a procedimientos y estímulos dentales y miedo de los sujetos que le rodean. Tiene formato de respuesta tipo Likert de cinco niveles, referidos a frecuencia o a intensidad. El rango de valoración de la escala oscila desde 27 (ningún miedo) a 135 (aterrorizado). En la literatura no encontramos ningún punto de corte estipulado por los autores, por lo que nosotros para un mejor manejo estadístico de los datos, el punto de corte para identificar a los sujetos con alta ansiedad lo situamos en 82, basándonos en lo estipulado en el DAS (31). Por lo que los pacientes que puntúen por debajo o igual a 81 padecen una ansiedad baja ante el tratamiento y mayor o igual a 82 ansiedad alta.

Una vez cumplimentadas ambas escalas se le da al paciente el consentimiento informado de extracción del tercer molar inferior (Anexo I).

III.2.3 TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Las extracciones de los terceros molares inferiores se realizaron por un solo operador alumno de segundo curso del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Universitario de Madrid, efectuándose en cada una de las intervenciones únicamente la exodoncia de un tercer molar inferior, con el protocolo siguiente:

- Preparación del campo quirúrgico.
- Se utilizó la técnica anestésica troncular del nervio dentario inferior, lingual e infiltrativa del nervio bucal a nivel del vestíbulo bucal.
- Realizamos la exodoncia del tercer molar inferior:

En los casos en los que el botador recto y/o fórceps no resultaron efectivos, procedimos a preparar un colgajo mucoperióstico, generalmente mediante una incisión distal al segundo molar inferior a lo largo del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y una descarga en mesial del mismo molar si es necesario. Se procedió a la ostectomía, odontosección o radiculosección en cada caso cuando fue necesario con fresa redonda o de fisura de tungsteno (nº 5) bajo refrigeración constante y a 15.000 r.p.m. Se legró el tejido de granulación del alveolo y se suturó con seda de 000. Sobre la zona de la herida quirúrgica se colocó una gasa doblada para hacer compresión y conseguir una hemostasia adecuada.

Registramos el tiempo de duración de la intervención (en minutos): desde el momento en que se inició la exodoncia hasta el último punto de sutura. (Anexo I).

III.2.4 FASE POSTOPERATORIA:

Después de la intervención el operario señaló en una ficha, cual fue el grado de dificultad quirúrgica postoperatoria según la clasificación de dificultad quirúrgica de García-García y cols. (30) en función de los criterios propios de la técnica (Anexo I):

- Clase I: Extracción con fórceps y botadores.
- Clase II: Extracciones con ostectomía.
- Clase III: Extracciones con ostectomía y odontosección en el cuello dentario.
- Clase IV: Extracciones complejas (requieren radiculosección).

Se les entregó a los sujetos las indicaciones de cuidados postoperatorios, un dossier con la Escala Analógica Visual (77) y una tabla con el número de analgésicos de rescate ingeridos que cumplieron durante los 7 días después de la intervención, incluyendo el mismo día de la intervención (Anexo I).

A los sujetos se les indicó el siguiente tratamiento postoperatorio:

- Antibiótico: Amoxicilina 750 mgrs. cada 8 horas durante 7 días, en caso de alérgicos a la penicilina el antibiótico de elección fue la clindamicina 300 mgrs. con la misma pauta anterior.
- Antiinflamatorio: Diclofenaco 50 mgrs. cada 8 horas durante 5 días.
- Analgésicos: Metamizol magnésico 575 mgrs como analgésico de rescate si el paciente siente dolor tomando el antibiótico y el antiinflamatorio.
- Enjuagues de Clorhexidina al 0,2 % a partir de las 24 horas de la intervención 2 veces al día durante 7 días.

A la semana de la intervención el sujeto nos entregó el dossier con la Escala Analógica Visual (77) y el número de analgésicos de rescate ingeridos. Y le preguntamos si habían tenido días de baja laboral o en el caso de los inactivos estudiantes, si habían faltado a clase; considerándose en este caso como baja laboral (Anexo I).

III.2.5 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 19.0 para Window.

Los métodos estadísticos utilizados fueron los siguientes (85):

- Estadística descriptiva de las variables cuantitativas para la descripción de las muestras: media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, desviación estándar de la media, etc. (86).
- Estadística descriptiva de las variables cualitativas con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías. (86).
- Test de Kolmogorv-Smirnov para una muestra, para determinar si las variables cuantitativas del estudio provienen de una distribución normal. (86).
- Tablas de contingencia para la relación entre variables cualitativas. Test Exacto de Fisher o Prueba de Chi-cuadrado para contrastar la independencia o influencia entre dos variables cualitativas, con información en cada casilla de la tabla de contingencia del porcentaje en fila y los residuos corregidos no tipificados para ayudar a descubrir las tramas en los datos que contribuyen a una influencia significativa. (86,87).
- Relación bivalente entre variables continuas, con la obtención del coeficiente de correlación de Pearson (r). (86). El valor de (r) sólo puede estar entre -1 y 1, así según Landis y Koch (88), una asociación baja se considera cuando el valor de r está entre 0-0,4, asociación media entre 0,4-0,6, asociación alta entre 0,6-0,8 y muy alta entre 0,8-1.

- Análisis de la varianza, ANOVA, para la comparación de múltiples medias. Cuando el valor global de la F de Snedecor es significativo nos indica que las medias en los grupos no son iguales. Se muestra el test de Bonferroni que realiza comparaciones. (86,89).
- Test de la t de Student para la comparación de dos medias en variables cuantitativas, asumiendo o no igualdad de varianzas (método paramétrico). Se asume la normalidad en los datos. La igualdad de varianzas se contrasta con el test de Levene (lo que nos indicará si es más adecuado el test asumiendo varianzas iguales o desiguales) (86).
- Análisis de medidas repetidas para el análisis del comportamiento de grupos de un factor inter-sujetos en un factor intra-sujeto (tiempo). (86).

En todos los casos se consideraron los datos estadísticamente significativos al obtener un valor de $p < 0,05$.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

IV.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

IV.1.2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD

En cuanto a la distribución por edades de nuestra muestra hemos obtenido que el 57,1% de los pacientes eran menores o iguales de 30 años y el 42,9% eran mayores de 30 años (Figura 1). La edad media fue $30,54 \pm 11,13$ años, situándose en un rango de entre 18 y 55 años

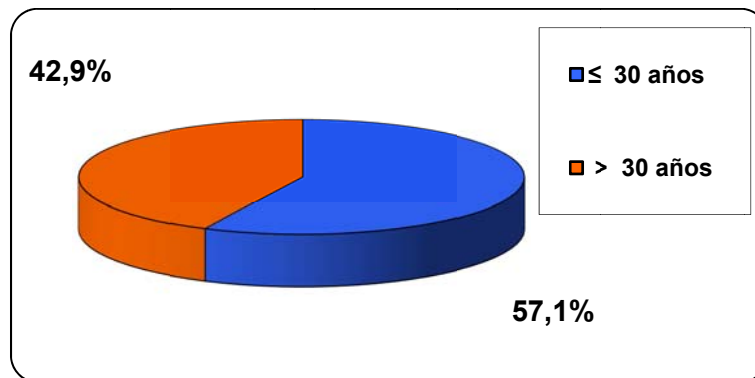


Figura 1: Distribución según las edades de los pacientes

IV.1.2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO

La distribución según el sexo, fue de 35 hombres frente a 28 mujeres, estableciéndose un ratio de H/M: 1,25/1 (Figura 2).

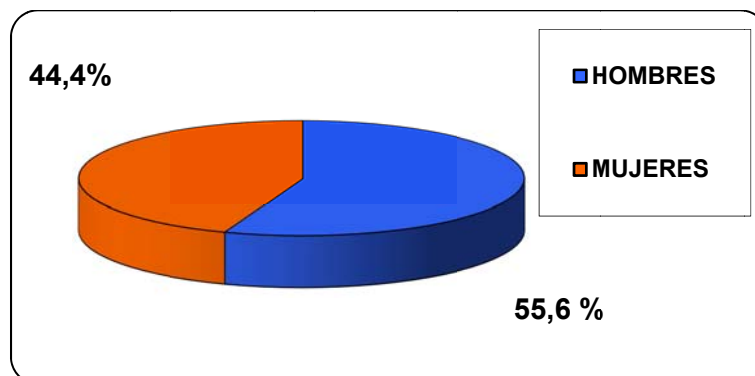


Figura 2: Distribución según el sexo de los pacientes.

IV.1.3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MOTIVO DE EXODONCIA

Según el motivo de exodoncia con mayor frecuencia se presentó el infeccioso (I) con un 50,8% (32), seguido del preventivo (PR) con un 30,1% (19) y en un 19,1% el grupo de otros motivos (Figura 3).

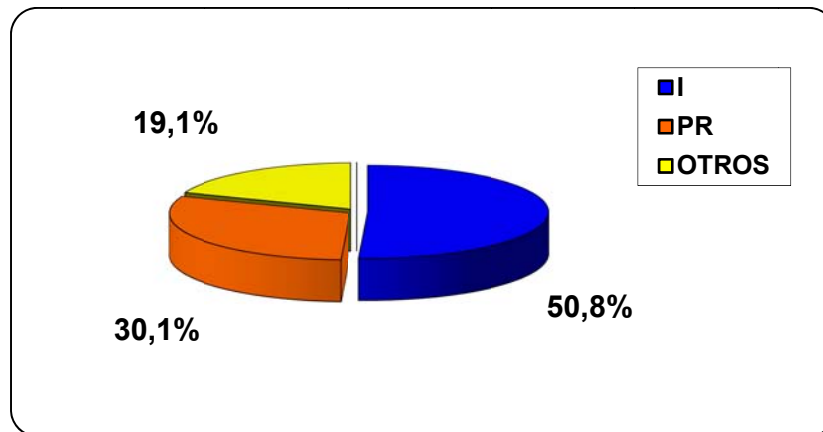


Figura 3: Distribución según el motivo de exodoncia

Si desglosamos éste último grupo de otros motivo de exodoncia (Figura 4), encontramos que la caries (OC) fue el más frecuente en un 8% (5), seguido del ortodóncico (OR) en un 6,3% (4), el periodontal (PE) en un 3,2% (2) y por último el motivo prostodóntico y restaurativo (PRT) en un 1,6% (1) (Figura 4).

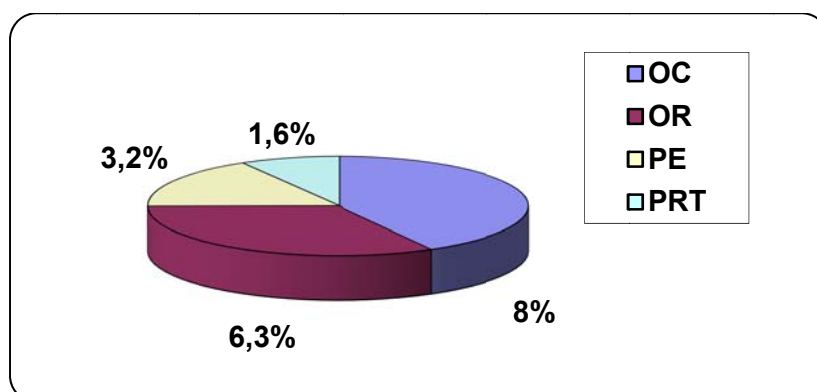


Figura 4: Distribución según el motivo de exodoncia

IV.1.4 FACTORES ANATÓMICOS

1. CLASIFICACIÓN DE PELL-GREGORY (19)

Juntando los grupos según la relación del tercer molar con la rama ascendente (I,II y III) y según la profundidad relativa (A,B y C) hemos obtenido que tanto la clase IIIB y IIIC se presentaron con mayor frecuencia en un 20,6% (13) cada uno, le sigue con apenas diferencia la clase IA con 19% (12), la clase IIB en un 15,9% (10), la IIA en un 12,7% (8), la IIC en un 6,4% (4) y por último la IIIA en un 4,8% (3) (Figura 5).

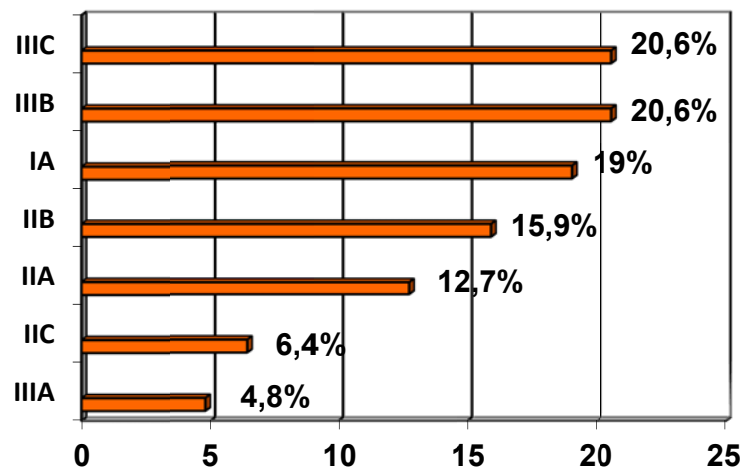


Figura 5: Distribución los terceros molares inferiores según la clasificación de Pell-Gregory (19)

2. CLASIFICACIÓN DE WINTER (20)

Según la clasificación de Winter (20), la mayoría de los terceros molares inferiores tenían una posición mesioangular (MA) en un 36,5% (23), en posición vestibular (V) fueron el 31,7% (20), con el mismo porcentaje (11,1%) (7) una posición linguoangular (LA) y vestibuloangular (VA) cada uno y con una posición distoangular (DA) nos encontramos el 9,5% (6) (Figura 6). No obtuvimos ningún tercer molar inferior en la posición invertida y horizontal.

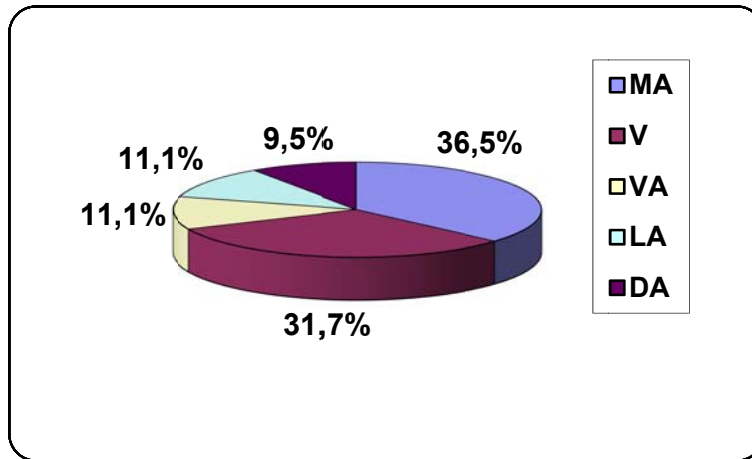


Figura 6: Distribución de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter (20)

3. CLASIFICACIÓN DE ÍNDICE DE DIFICULTAD SEGÚN CÁCERES Y COLS. (28)

Según el índice de dificultad de Cáceres y cols. (28) hemos podido observar el 71,4% (45) de los terceros molares presentan una dificultad media, el 14,3% (9) baja y el 14,3% (9) alta. No registramos ningún cordal inferior de dificultad muy alta (Figura 7).

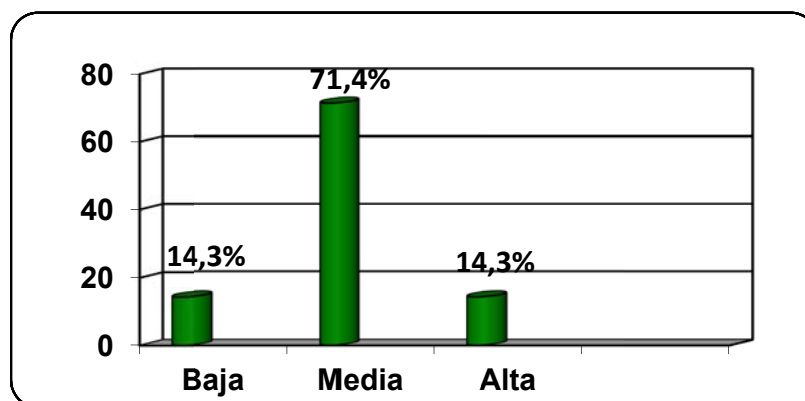


Figura 7: Distribución según la clasificación de Cáceres y cols. (28).

IV.1.5 FACTORES QUIRÚRGICOS

1. CLASIFICACIÓN DE GARCÍA-GARCÍA Y COLS (30).

En esta clasificación según la técnica y el instrumental quirúrgico utilizado, encontramos que 23 cordales inferiores pertenecieron a la clase III (36,5%), a la clase I 22 cordales (34,9%), y en menor número terceros molares de clase II con 11 (17,5%) y la clase IV con 7 (11,1%) (Figura 8).

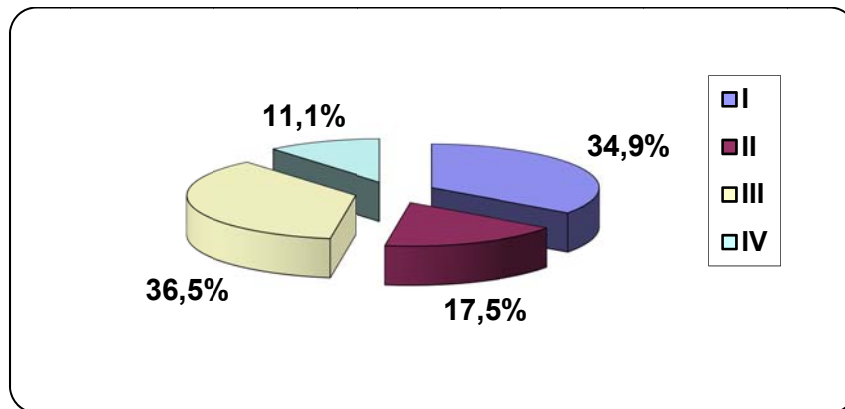


Figura 8: Distribución de la dificultad quirúrgica según García-García y cols. (30).

2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE INTERVENCIÓN

Respecto al tiempo de intervención obtuvimos una media de $22,19 \pm 12,9$ minutos. Lo dividimos en 4 intervalos de 15 minutos cada uno, observando que el 38,1% (24) se realizaron entre 0-15 minutos, el 36,5% (23) entre 16-30 minutos, el 20,6% (13) entre 31-45 minutos y el 4,8% (3) entre el 46-60 minutos (Figura 9).

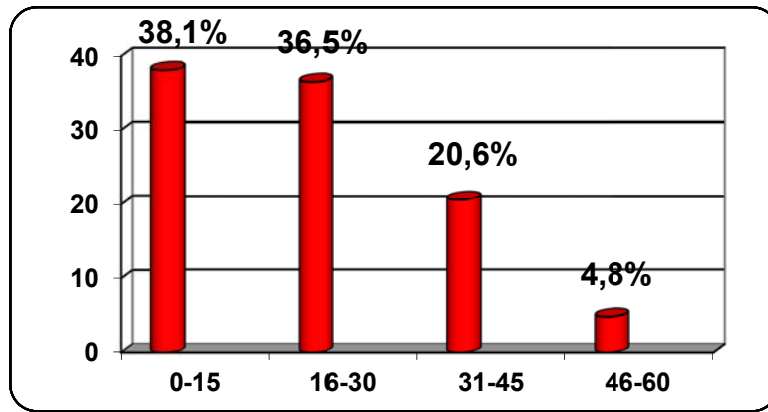


Figura 9: Distribución de los terceros molares inferiores según el tiempo de intervención

IV.1.6 DISTRIBUCIÓN DE LA ANSIEDAD DENTAL

1. ESCALA DE ANSIEDAD DE CORAH (DAS) (66)

Al analizar los resultados de la escala DAS encontramos una media de puntuación del $9,08 \pm 2,88$. Se han diferenciado dos grupos respecto al punto de corte 13, observando que el 84,1% (53) se encuentran por debajo o igual a 12, considerándolo ansiedad baja y el 15,9% (10) han puntuado 13 o más puntuación en su test, por lo que experimentaron una ansiedad alta (Figura 10). Hay que puntualizar que 7 (11,1%) de los pacientes que presentaron ansiedad baja, puntuaron sólo 5 puntos en sus test, por lo que no sufrieron nada de ansiedad antes del tratamiento.

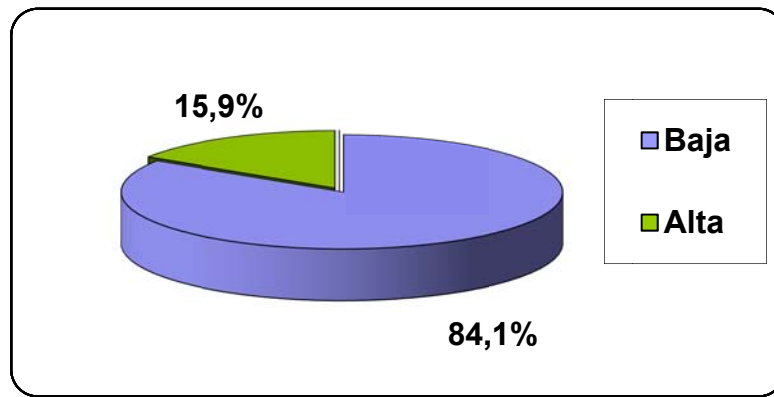


Figura 10: Distribución de los pacientes según la escala de ansiedad de Corah (66)

2. ESCALA DE MIEDO DENTAL SEGÚN KLEINKNECHT Y COLS. (DFS) (67)

Mediante la escala de DFS obtuvimos una media de puntuación de $55,84 \pm 17,88$. Los pacientes que han obtenido una ansiedad baja (≤ 81) han sido la mayoría con un 90,5% (57) y un 9,5% (6) han experimentado una ansiedad alta ante el tratamiento (Figura 11). En este cuestionario ningún paciente obtuvo la mínima puntuación, por lo que todos sufrieron algo de ansiedad antes de la intervención.

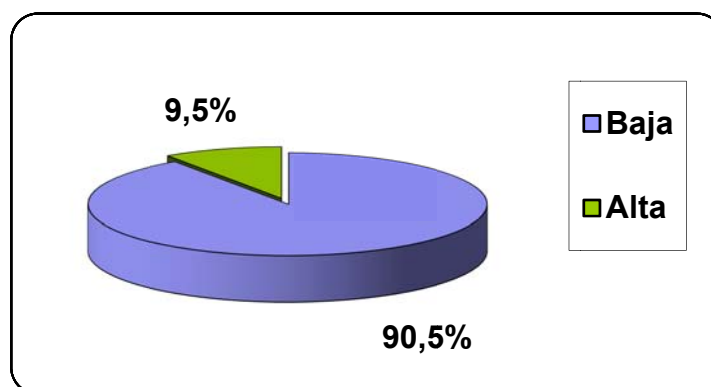


Figura 11: Distribución de los pacientes según la escala de miedo dental según Kleinknecht y cols. (67) (DFS)

IV.1.7 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL DOLOR POSTOPERATORIO

Según la Escala Visual Analógica (77) que hemos utilizado el dolor postoperatorio lo dividimos en; máximo, muy intenso, fuerte, moderado, leve, muy leve, mínimo y ningún dolor postoperatorio.

En el primer día después de la intervención la mayoría de los pacientes experimentaron un valor medio de EVA de $110,33 \pm 37,13$ mm. Con mayor porcentaje mostraron los pacientes un dolor muy intenso o fuerte siendo en ambos el 33,3% (21), le siguen los pacientes que sintieron un dolor moderado en un 22,2% (14) (Figura 12) y aquellos que manifestaron una intensidad leve, muy leve, mínimo y ningún de dolor postoperatorio presentaron un porcentaje del 11,2% (Tabla 2)

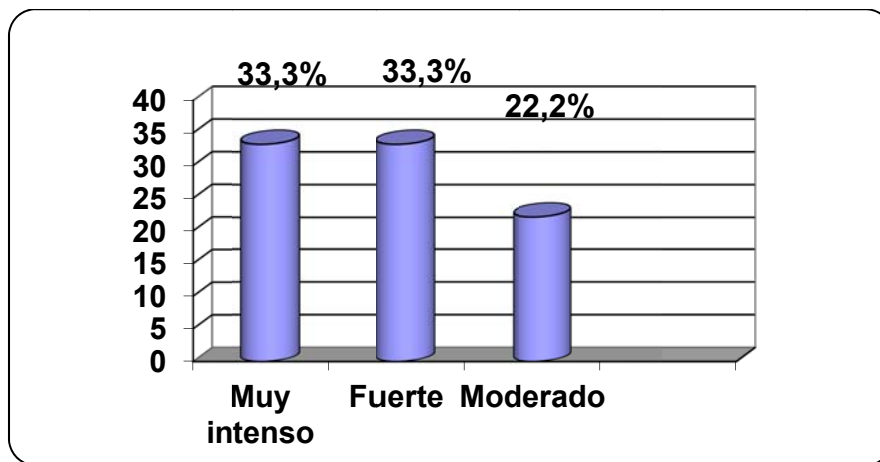


Figura 12: Distribución del dolor postoperatorio el primer día después de la intervención.

1^{er} día		
Dolor	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nada	1	1,6
Mínimo	1	1,6
Muy leve	3	4,8
Leve	2	3,2
Moderado	14	22,2
Fuerte	21	33,3
Muy intenso	21	33,3
Total	63	100,0

Tabla 2: Dolor postoperatorio el primer día después de la intervención

En el segundo día después de la intervención observamos una media del valor de EVA de $91,83 \pm 39,99$ mm, siendo la intensidad de dolor postoperatorio fuerte la que más prevaleció en un 28,6% (18). El 25,4% (16) refirieron haber sentido un dolor moderado, el 19% (12) experimentaron un dolor muy intenso y un dolor leve el 15,9% (10) (Figura 13). Fueron menos los pacientes (11,1%) que sintieron un dolor postoperatorio muy leve, mínimo o ningún dolor (Tabla 3).

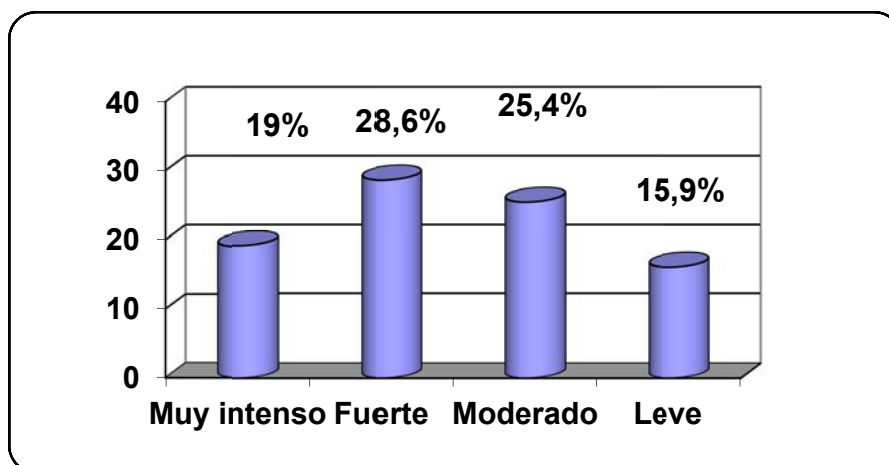


Figura 13: Distribución del dolor postoperatorio en el segundo día después de la intervención

2º día			
Dolor		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Nada	3	4,8
	Mínimo	3	4,8
	Muy leve	1	1,6
	Leve	10	15,9
	Moderado	16	25,4
	Fuerte	18	28,6
	Muy intenso	12	19,0
	Total	63	100,0

Tabla 3: Dolor el segundo día después de la intervención

La media del valor de EVA que encontramos en el tercer día después de la exodoncia del tercer molar fue de $74,41 \pm 40,11$ mm. En este día se observó que un 30,2% (19) registró sentir dolor moderado y el 25,4% (16) dolor leve (Figura 14). Con un menor porcentaje los pacientes experimentaron un dolor postoperatorio muy intenso, fuerte, mínimo, muy leve y ningún dolor (Tabla 4).

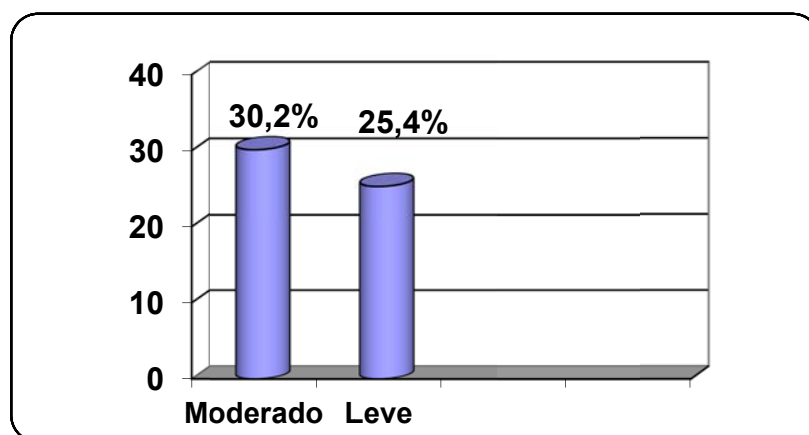


Figura 14: Distribución de dolor postoperatorio el tercer día después de la intervención

3º día			
Dolor		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Nada	4	6,3
	Mínimo	5	7,9
	Muy leve	4	6,3
	Leve	16	25,4
	Moderado	19	30,2
	Fuerte	7	11,1
	Muy intenso	8	12,7
	Total	63	100,0

Tabla 4: Dolor el tercer día después de la intervención

En el cuarto día la mayoría de los pacientes sintieron un dolor postoperatorio moderado en un 31,7% (20), seguido de un dolor muy leve en un 20,6% (13) y leve en un 17,5% (11) (Figura 15). Un menor porcentaje de pacientes experimentaron un dolor postoperatorio muy intenso, fuerte, mínimo y ningún dolor (Tabla 5). En este día obtuvimos un valor medio de la EVA de $63,02 \pm 37,14$.

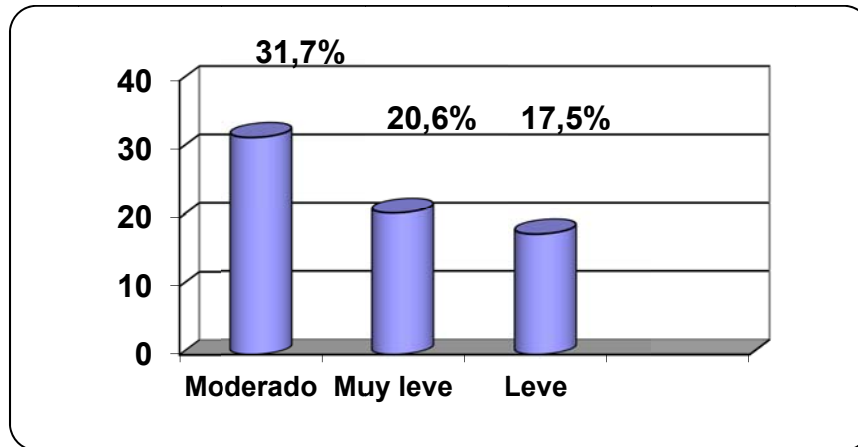


Figura 15: Distribución de dolor postoperatorio el cuarto día después de la intervención

4º día			
Dolor		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Nada	6	9,5
	Mínimo	4	6,3
	Muy leve	13	20,6
	Leve	11	17,5
	Moderado	20	31,7
	Fuerte	6	9,5
	Muy intenso	3	4,8
	Total	63	100,0

Tabla 5: Dolor el cuarto día después de la intervención

En el quinto día después de la intervención la mayoría de los pacientes sintieron un dolor postoperatorio leve (25,4%), el 20,6% registró que el dolor fue mínimo y el 17,5% (Figura 16). Con menor frecuencia el resto de los pacientes sintieron un dolor postoperatorio muy intenso, fuerte y ningún dolor (Tabla 6). En este día encontramos un valor medio de la EVA de $51,33 \pm 38,24$ mm.

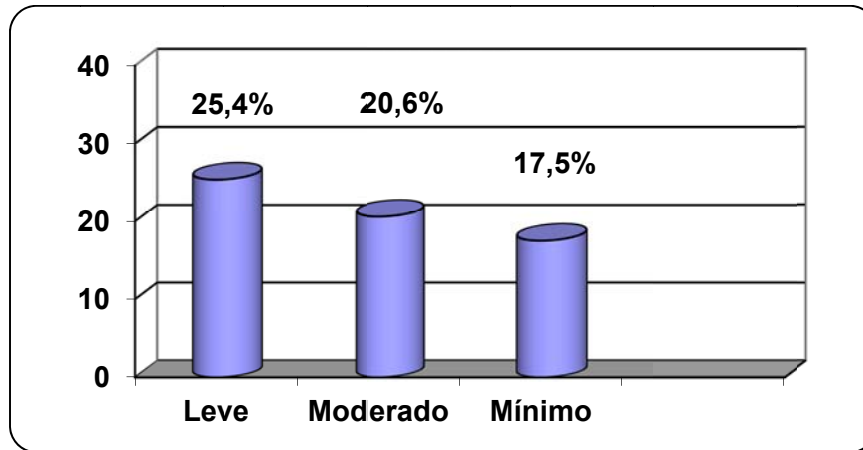


Figura 16: Distribución de dolor postoperatorio el quinto día después de la intervención

5º día			
	Dolor	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Nada	9	14,3
	Mínimo	13	20,6
	Muy leve	7	11,1
	Leve	16	25,4
	Moderado	11	17,5
	Fuerte	5	7,9
	Muy intenso	2	3,2
	Total	63	100,0

Tabla 6: Dolor postoperatorio el quinto día después de la intervención

En el sexto día después de la intervención el valor medio de la EVA fue de $40,29 \pm 35,71$ mm. La mayoría de los pacientes no tuvieron dolor postoperatorio (23,8%). El 22,2% experimentó un dolor postoperatorio mínimo, un 17,55% muy leve y un 15,9% leve (Figura 17), siendo ya una minoría (20,6%) los pacientes que en este sexto día sintieron un dolor muy intenso, fuerte y moderado (Tabla 7).

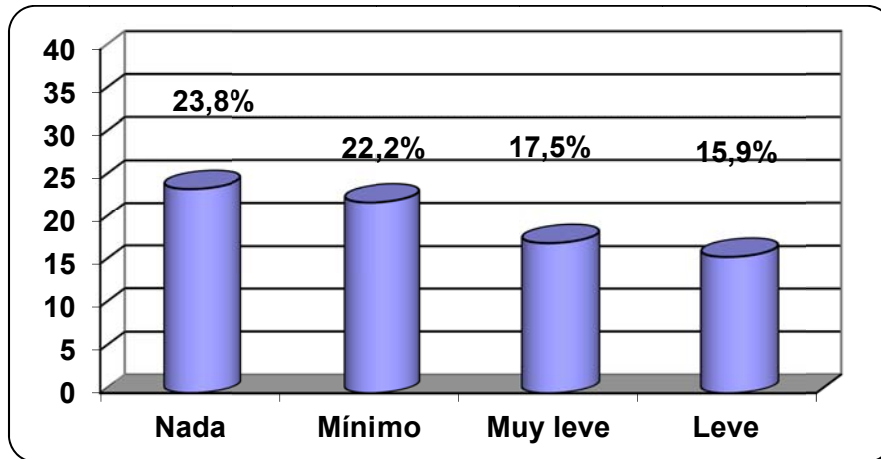


Figura 17: Distribución del dolor postoperatorio el sexto día después de la intervención.

6° día			
	Dolor	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Nada	15	23,8
	Mínimo	14	22,2
	Muy leve	11	17,5
	Leve	10	15,9
	Moderado	8	12,7
	Fuerte	4	6,3
	Muy intenso	1	1,6
	Total	63	100,0

Tabla 7: Dolor postoperatorio el sexto día después de la intervención.

En el séptimo y último día que se evaluó el dolor después de la exodoncia del tercer molar inferior observamos un valor medio de la EVA de $28,49 \pm 30,57$ mm. Encontramos que la mayoría de los pacientes no presentaron dolor postoperatorio en un 36,5% (23) y el 27% (17) experimentaron un dolor mínimo (Figura 18). Con porcentajes menores los pacientes presentaron un dolor postoperatorio muy leve, leve, moderado y fuerte. Ningún paciente presentó un dolor muy intenso (Tabla 8)

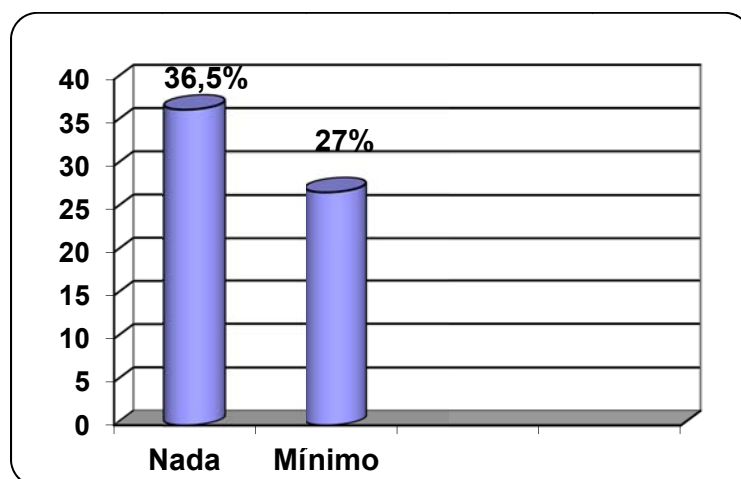


Figura 18: Distribución de dolor postoperatorio el séptimo día después de la intervención.

7º día			
	Dolor	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Nada	23	36,5
	Mínimo	17	27,0
	Muy leve	8	12,7
	Leve	7	11,1
	Moderado	6	9,5
	Fuerte	2	3,2
	Muy intenso	63	100,0
	Total	23	36,5

Tabla 8: Dolor postoperatorio el séptimo día después de la intervención

IV.1.9 ANALGÉSICOS DE RESCATE

El número de analgésicos de rescate que tomaron los pacientes fue recogido durante los siete días consecutivos a la exodoncia del tercer molar inferior.

El primer día pudimos observar que la mayoría de los pacientes (50,8%) (32) tomaron sólo un analgésico. El 15,9% (10) de pacientes necesitaron tomar tres analgésicos; presentaron el mismo porcentaje de (15,9%) los pacientes que no necesitaron tomar ningún analgésico. Con un menor porcentaje se encontraron

aquellos que consumieron dos analgésicos (12,7%) y cuatro analgésicos (4,8%) (Figura 19). La media de número de analgésicos de rescate consumidos fue de $1,43 \pm 1,08$.

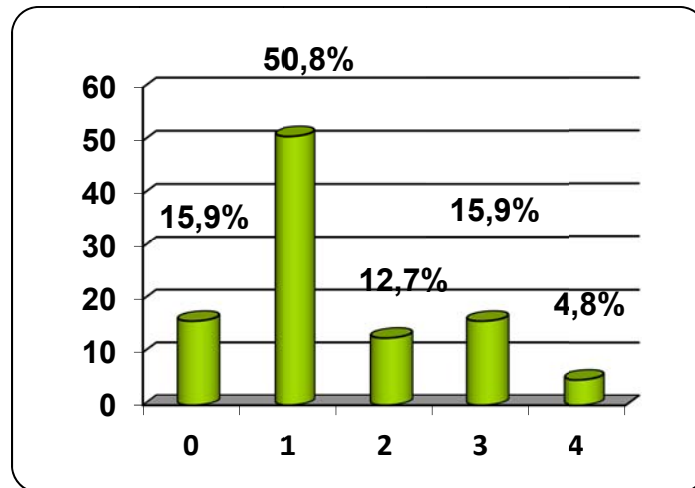


Figura 19: Distribución del número de analgésicos que han tomado los pacientes el primer día después de la intervención.

En el segundo día después de la exodoncia del tercer molar inferior encontramos una media de $1,40 \pm 1,23$ de analgésicos consumidos. El 36,7% (23) no tomaron ningún analgésico, el 27% (17) de pacientes necesitaron tomar dos analgésicos, el 22,2% (14) pacientes presentaron una ingesta de tres analgésicos. Y con menor porcentaje (12,7%) (8) los pacientes necesitaron sólo consumir un analgésico y sólo un paciente (1,6%) preciso de tomar cuatro analgésicos en este segundo día (Figura 20).

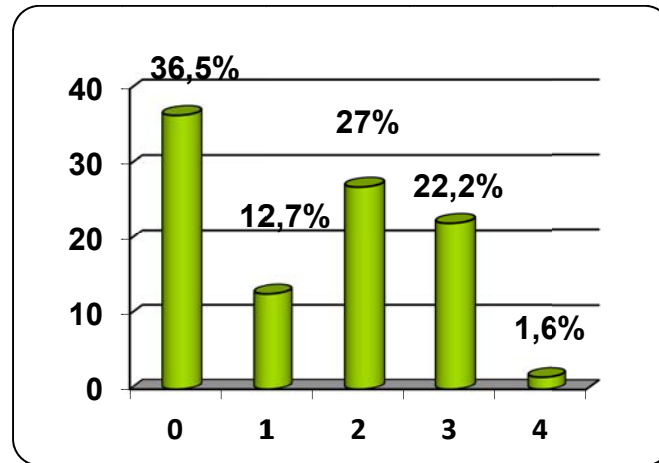


Figura 20: Distribución del número de analgésicos que han tomado los pacientes el segundo día después de la intervención.

Durante el tercer día después de la intervención el 39,7% (25) no tomaron ningún analgésico de rescate. El 22,2% (14) de pacientes necesitaron tomar sólo un analgésico y con el mismo porcentaje (22,2%) fueron los pacientes que tomaron dos analgésicos. Un menor porcentaje de pacientes (14,3%) (9) precisaron tomar tres analgésicos y sólo un paciente (1,6%) necesitó cuatro analgésicos de rescate (Figura 21). La media de analgésicos consumidos fue de $1,16 \pm 1,15$.

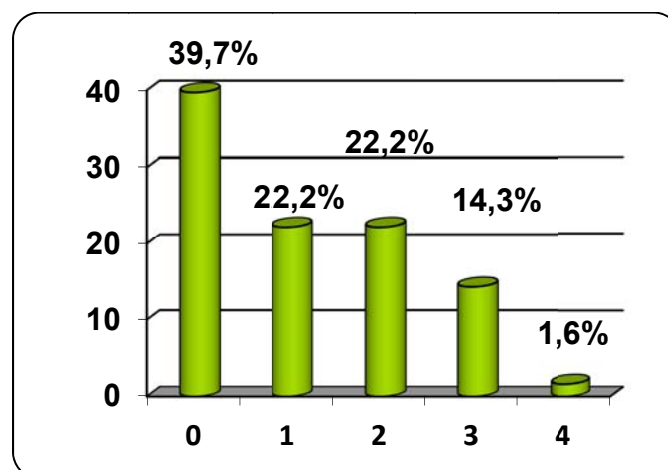


Figura 21: Distribución del número de analgésicos que han tomado los pacientes el tercer día después de la intervención.

En el cuarto día obtuvimos una media de $0,76 \pm 1,04$ de analgésicos de rescate consumidos. A partir de este día ningún paciente tomó cuatro analgésicos y la mayoría (58,7%) (37) no tuvieron que tomar ningún analgésico. Los pacientes que necesitaron uno o dos analgésicos presentaron el mismo porcentaje (15,9%) (10) cada uno y sólo un 9,5% (6) de los pacientes precisaron de tres analgésicos de rescate (Figura 22).

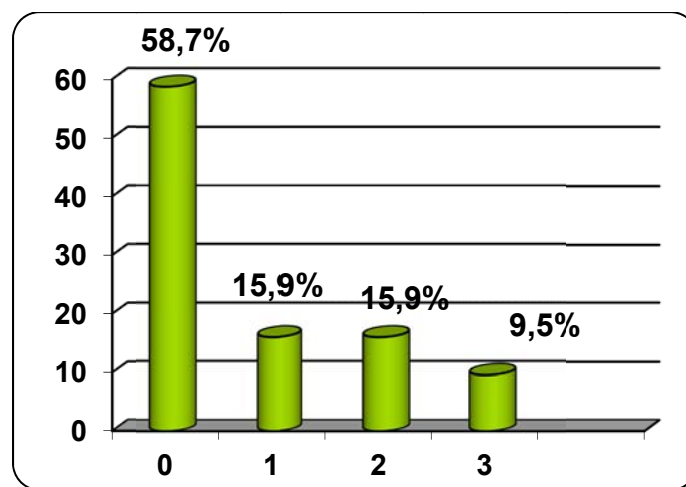


Figura 22: Distribución del número de analgésicos que han tomado los pacientes el cuarto día después de la intervención.

En el quinto día después de la exodoncia del tercer molar inferior la mayoría de los pacientes (73%) (46) no tomaron analgésicos de rescate. El 15,9% (10) necesitaron sólo un analgésico y con menores porcentajes el 6,3% (4) y el 4,8% (3), los pacientes tomaron tres y dos analgésicos de rescate respectivamente (Figura 23). En este día la media de analgésicos consumidos fue de $0,52 \pm 0,91$.

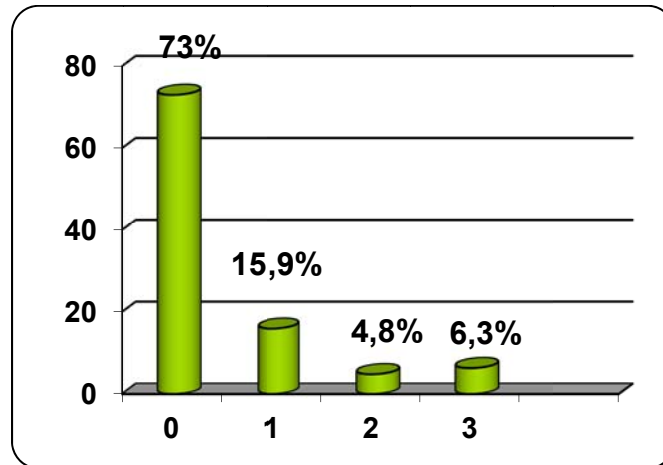


Figura 23: Distribución del número de analgésicos que han tomado los pacientes el quinto día después de la intervención.

Durante el sexto día la media de analgésicos que tomaron los pacientes fue de $0,38 \pm 0,83$. Encontramos que un 79,4 % (50) no tomaron ningún analgésico. Los pacientes que tomaron uno o dos analgésicos, tuvieron el mismo porcentaje (7,9%) (5) y una minoría (4,8%) (3) necesitó tres analgésicos (Figura 24).

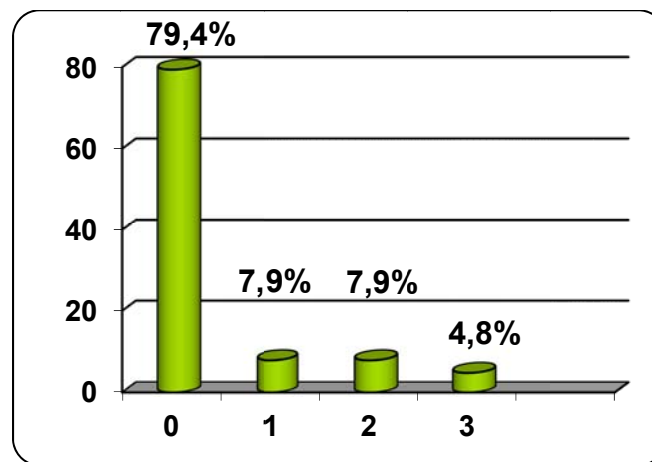


Figura 24: Distribución del número de analgésicos que han tomado los pacientes el sexto día después de la intervención.

En el séptimo y último día, los pacientes registraron una media de $0,25 \pm 0,72$ de analgésicos de rescate consumidos. Pudimos observar que el 85,7% (54) no

necesitaron ningún analgésico. El 7,9% (5) de los pacientes tomaron sólo un analgésico, el 4,8% (3) tres analgésicos y sólo un paciente (1,6%) tomó dos analgésicos de rescate (Figura 25).

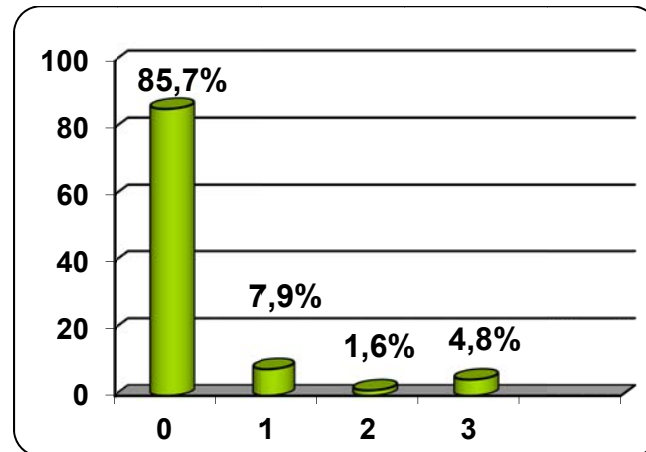


Figura 25: Distribución del número de analgésicos que han tomado los pacientes el séptimo día después de la intervención.

IV.1.10 SITUACIÓN LABORAL

La situación laboral se clasificó según la Encuesta de la Población Activa (EPA), agrupándolos en inactivos estudiantes (IE) que fueron lo más frecuentes con un 41,3% (26), seguidos de los activos ocupados asalariados del sector público (AOAP) o trabajadores con sueldo público en un 19% (12), los activos ocupados trabajadores por cuenta propia (AOTCP) o autónomos en un 14,3% (9), los activos ocupados asalariados del sector privado (AOAPR) o trabajadores con sueldo privado en un 12,7% (8) y los activos parados que han trabajado antes (APTA) en un 12,7% (8) (Figura 26).

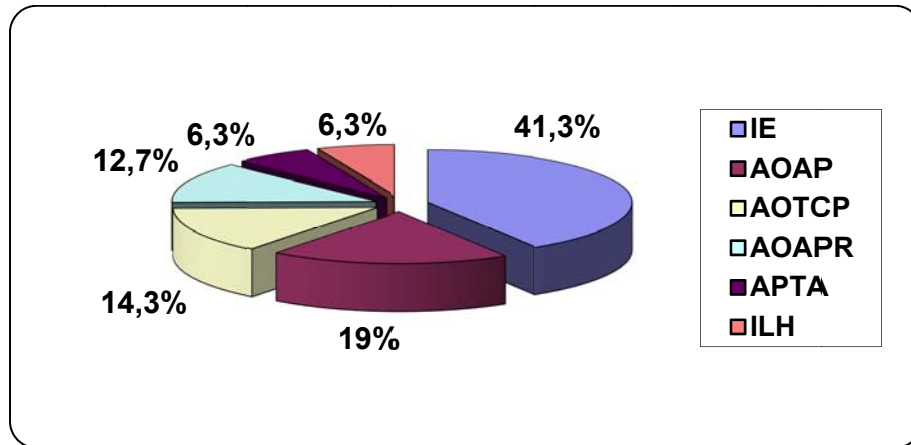


Figura 26: Distribución según la situación laboral

IV.1.10 BAJA LABORAL

En este apartado hemos incluido todos los pacientes que estuvieran en una situación laboral activa, incluyendo el grupo de los estudiantes que tras la cirugía del tercer molar se ausentaran algún día de clase. La media de días de baja laboral de nuestra muestra fue de $0,95 \pm 1,3$ días

De la muestra inicial de 63 pacientes, 55 fueron los que tenían una situación laboral activa. De éstos el 47,3% no registraron ningún día de baja laboral y el 23,6% de los pacientes cogieron un día de baja laboral. Los pacientes que necesitaron dos y tres días de baja laboral fueron el 10,5% (6) respectivamente y con menor porcentaje hubo tres pacientes (5,5%) que registraron el haber tenido cuatro días de baja y sólo un paciente (1,8%) precisó cinco días de baja después de la intervención (Figura 27).

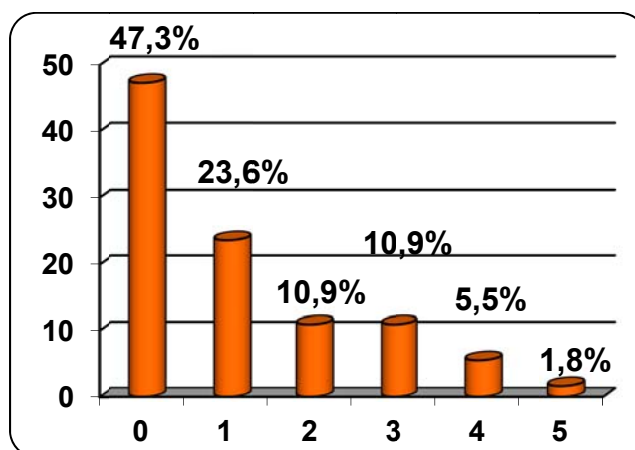


Figura 27: Distribución del número de días de baja laboral que necesitaron los pacientes después de la intervención.

IV.2 ANÁLISIS COMPARATIVO E INFERENCIAL

En este apartado vamos a ir desarrollando el análisis comparativo e inferencial según los objetivos que no hemos planteado en nuestro trabajo. Todas las pruebas estadísticas se pueden consultar en el Anexo II.

IV.2.1 DOLOR POSTQUIRÚRGICO

Hemos analizado la influencia de los factores anatómicos y quirúrgicos en el dolor postoperatorio y en el consumo de analgésicos de rescate, así como la relación entre las dos últimas variables.

1. FACTORES ANATÓMICOS

A. CLASIFICACIÓN DE PELL- GREGORY (19):

Al relacionar la clasificación de Pell-Gregory (19) con el dolor postoperatorio que padecen los pacientes, se observan diferencias significativas al 95% ($p=0,008$), obteniendo una media de dolor postoperatorio mayor en los cordales inferiores de clase IIIB que en los de clase IA ($p=0,004$).

Existen diferencias significativas al 95% ($p=0,001$) al relacionar la clasificación de Pell-Gregory (19) con la ingesta de analgésicos de rescate, concretamente entre la clase IA y IIIB ($p=0,047$), siendo mayor la ingesta de analgésicos en pacientes con cordales inferiores de clase IIIB.

B. CLASIFICACIÓN DE WINTER (20):

Pudimos observar que en todas las posiciones de la clasificación de Winter (20), el dolor postoperatorio varía de manera decreciente a lo largo de los siete días después de la intervención de forma significativa ($p=0,001$); siendo los pacientes con terceros molares inferiores en posición distoangular los que mayor dolor postoperatorio han obtenido durante todo el estudio.

Al relacionar la clasificación de Winter (20) con la ingesta de analgésicos de rescate de los pacientes, obtuvimos diferencias significativas al 95% ($p=0,010$) respecto a la trayectoria o el comportamiento que cada posición sigue en los siete días después de la intervención, por lo que a lo largo del estudio la toma de analgésicos no disminuye en todas las posiciones; además no se han detectado diferencias significativas entre las distintas posiciones de Winter (20).

C. ÍNDICE DE DIFICULTAD DE CÁCERES Y COLS. (28)

Hemos observado que el dolor varía a lo largo del estudio de manera estadísticamente significativa ($p=0,001$) en los tres grupos de dificultad (bajo, medio y alto). En el grupo de terceros molares inferiores que presentaban una dificultad baja, el paciente siempre presentó menos dolor que en el grupo de dificultad media y los pacientes que pertenecían a éste último grupo, también sintieron menor dolor que los pacientes con cordales que tuvieran una dificultad alta.

Mediante la prueba de post-hoc de Bonferroni, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,025$) entre la dificultad media y baja, siendo mayor el dolor postoperatorio que sufrieron los pacientes con terceros molares inferiores de una dificultad media.

La trayectoria o comportamiento de los distintos grupos de dificultad con respecto a la toma de analgésicos de rescate durante los siete días después de la exodoncia del tercer molar inferior no es la misma, por lo que existen diferencias significativas al 95% ($p=0,012$), siendo mayor la toma de analgésicos en los pacientes que presentan terceros molares inferiores con una dificultad media (Figura 30).

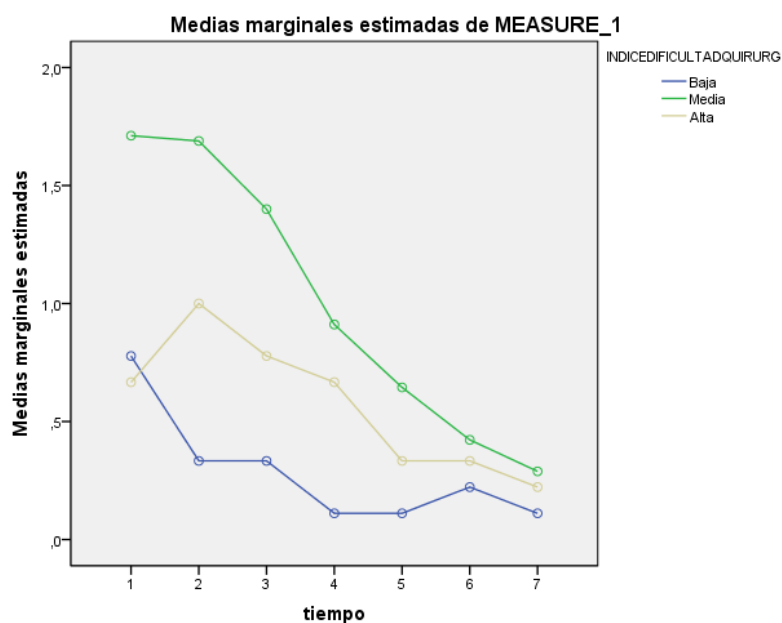


Figura 30: Comportamiento del índice de dificultad quirúrgica con la toma de analgésicos durante los 7 días después de la intervención

Dentro de los pacientes que presentaron terceros molares inferiores con dificultad media, hay diferencias significativas en la toma de analgésicos ($p=0,006$), concretamente desciende significativamente entre el tercer y cuarto día después de la intervención, pasando de una media de analgésicos administrados por los pacientes de 1,07 analgésicos en el tercer día a 0,57 en el cuarto día.

Mediante la prueba de post-hoc de Bonferroni, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,041$) en el primer día después de la intervención entre la dificultad media y baja, siendo mayor la toma de analgésicos en los pacientes con terceros molares inferiores de dificultad media ($\bar{X}=1,71$) que de dificultad baja ($\bar{X}=0,78$), de igual manera en el segundo día ($p=0,006$) presentando un mayor consumo de analgésicos los de dificultad media ($\bar{X}=1,69$) que los de dificultad baja ($\bar{X}=0,33$) y en el tercer día ($p=0,030$), presentando una media de analgésicos tomados de 1,40 en los terceros molares inferiores con dificultad media y una media de 0,33 analgésicos con dificultad baja.

2. FACTORES QUIRÚRGICOS

A. DIFICULTAD QUIRÚRGICA SEGÚN GARCÍA- GARCÍA (30)

El dolor postoperatorio varía a lo largo del estudio de manera estadísticamente significativa ($p=0,001$) en las cuatro clases de dificultad (I, II, III y IV).

Mediante la prueba de post-hoc de Bonferroni, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,026$) entre la clase I y II y entre la clase I y III ($p=0,001$), siendo mayor el dolor postoperatorio que sufrieron los pacientes con terceros molares inferiores en clase II y III.

La trayectoria o comportamiento de los distintas clases de dificultad con respecto a la toma de analgésicos de rescate durante los siete días después de la exodoncia del tercer molar inferior no es la misma, por lo que existen diferencias significativas al 95% ($p=0,036$), siendo mayor la toma de analgésicos en los pacientes que presentan terceros molares inferiores con una clase II el primer y sexto día, con una clase III en el segundo, tercer y cuarto día y con una clase IV en el quinto y séptimo día.

Mediante la prueba de post-hoc de Bonferroni, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,006$) en el segundo día después de la intervención entre la clase III y I, siendo mayor la toma de analgésicos en los pacientes con terceros molares inferiores de clase III ($\bar{X}=1,91$) que de clase I ($\bar{X}=0,73$).

B. TIEMPO DE INTERVENCIÓN

En los diferentes intervalos de tiempo existen diferencias significativas al 95% ($p=0,001$) en el dolor postoperatorio a lo largo del estudio. Mediante la prueba de post-hoc de Bonferroni se observaron diferencias significativas entre los intervalos 0-15 ($p=0,07$) y 16-30 minutos ($p=0,043$), siendo el dolor postoperatorio menor en el intervalo de 0-15 que en el de 16-30 minutos.

Respecto al consumo de analgésicos de rescate existen diferencias significativas al 95% ($p=0,001$) a lo largo del estudio en intervalos de tiempo de intervención, es decir, al aumentar el tiempo aumenta el consumo de analgésicos, pero no existen diferencias entre los diferentes intervalos.

3. RELACIÓN ENTRE EL DOLOR POSTOPERATORIO Y LOS ANALGÉSICOS DE RESCATE

Existe una correlación significativa ($p<0,05$) entre el dolor postoperatorio y la ingesta de analgésicos de rescate por parte del paciente, pero según la clasificación de Landis y Koch (88) es una correlación baja.

IV.2.3 ANSIEDAD DENTAL

Analizamos la ansiedad dental preoperatoria mediante la DAS y DFS para observar la repercusión que puede tener en el dolor postoperatorio, en el consumo de analgésico de rescate y en la baja laboral.

1. ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH (DAS) (66)

A. DOLOR POSTOPERATORIO

Al relacionar el dolor postoperatorio con la escala de ansiedad de Corah (66) (DAS) no hay diferencias significativas ($p=0,081$) en la trayectoria o comportamiento, ya que tanto en los pacientes con ansiedad baja como alta disminuye el dolor postoperatorio a lo largo del estudio, siendo mayor en los pacientes de ansiedad alta, excepto en el séptimo día que es mayor en los pacientes con ansiedad baja.

B. ANALGÉSICOS DE RESCATE

En la toma de analgésicos hay diferencias significativas en el comportamiento o trayectoria entre los pacientes con ansiedad baja y alta a lo largo de los siete días después de la intervención ($p=0,001$), siendo durante los seis primeros días mayor la toma de analgésicos en los pacientes con ansiedad alta y en el séptimo día, mayor la ingesta de analgésicos en los pacientes con ansiedad baja.

Dentro de los pacientes que presentaron ansiedad baja, hay diferencias significativas en la toma de analgésicos ($p=0,034$), concretamente desciende significativamente entre el tercer y cuarto día después de la intervención, pasando de

una media de analgésicos administrados por los pacientes de 1,04 en el tercer día a 0,66 analgésicos en el cuarto día.

Mediante la prueba de post-hoc de Bonferroni, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$) en el segundo día después de la intervención entre la ansiedad baja y alta, siendo mayor la toma de analgésicos en los pacientes con ansiedad alta ($\bar{X}=2,30$) que con ansiedad baja ($\bar{X}=1,23$); de igual manera en el tercer día ($p=0,007$), pero presentando una media de analgésicos tomados de 1,80 en los pacientes con ansiedad alta y una media de 1,04 analgésicos en los que tuvieron ansiedad baja. Sin embargo, el séptimo día ($p=0,006$), la media de analgésico tomados fue de 0,30 en la ansiedad baja y los pacientes con ansiedad alta no consumieron analgésicos.

C. BAJA LABORAL

No hemos encontrado relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) al relacionar la baja laboral con la escala de ansiedad de Corah (66). Aunque si se puede observar que al relacionarlo con el DAS (66) la baja laboral fue mayor ($\bar{X}=1,40$) en los pacientes con ansiedad alta que en los pacientes con ansiedad baja ($\bar{X}=0,87$).

2. ESCALA DE MIEDO DENTAL SEGÚN KLEINKNECHT Y COLS. (DFS) (67)

A. DOLOR POSTOPERATORIO

Al relacionar los resultados de la escala de miedo dental según Kleinknecht (DFS) (67) con el dolor postoperatorio que experimentaron los pacientes, observamos que los pacientes que mostraron tanto ansiedad alta como baja presentaron diferencias significativas al 95% ($p=0,001$), siendo siempre mayor el dolor postoperatorio en los pacientes con ansiedad alta que baja, pero no se detectaron diferencias significativas entre los grupos de ansiedad ($p \geq 0,05$) (Figura 33).

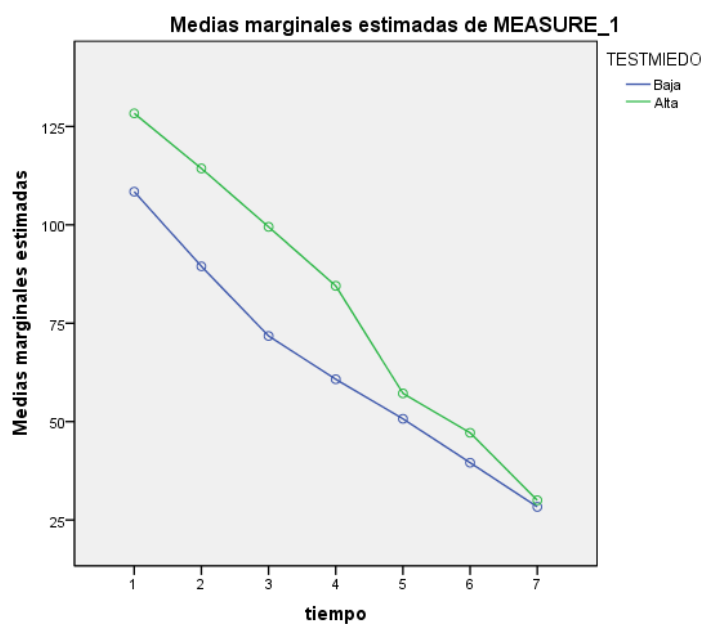


Figura 33: Comportamiento entre la escala del miedo dental según Kleinknecht y cols. (DFS) (67) con el dolor postoperatorio

B. ANALGÉSICOS DE RESCATE

Respecto a la toma de analgésicos y la escala de miedo dental según Kleinknecht (DFS) (67), se observa que los pacientes con ansiedad alta y baja siguen una trayectoria o comportamiento diferente ($p=0,026$) a lo largo del estudio, ya que la toma de analgésicos de los pacientes que tuvieron una ansiedad baja es mayor respecto a la ansiedad alta en los tres últimos días.

Dentro de los pacientes que presentaron ansiedad baja encontramos diferencias significativas ($p=0,001$) en la toma de analgésicos, descendiendo significativamente entre el tercer y cuarto día después de la intervención (de una $\bar{X}=1,11$ a una $\bar{X}=0,74$ de analgésicos).

Mediante la prueba de post-hoc de Bonferroni, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,040$) en el segundo día después de la intervención entre la ansiedad baja y alta, siendo mayor la toma de analgésicos en los pacientes con ansiedad alta ($\bar{X}=2,17$) que con ansiedad baja ($\bar{X}=1,32$). Sin embargo, en el séptimo día ($p=0,007$), la media de analgésico tomados fue de 0,28 en la ansiedad baja y los pacientes con ansiedad alta no consumieron analgésicos.

C. BAJA LABORAL

No hemos encontrado relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) al relacionar la baja laboral con la escala de miedo dental según Kleinknecht y cols. (DFS) (67). Aunque si se puede observar que al relacionarlo con la DFS (67), los pacientes que presentaban una ansiedad alta cogieron más días de baja laboral ($\bar{X}=1,33$) que los pacientes que padecían ansiedad baja ($\bar{X}=0,91$).

IV.2.3 BAJA LABORAL

Realizamos el análisis comparativo de la baja laboral con el dolor postoperatorio, el consumo de analgésicos de rescate y la situación laboral del paciente para valorar la relación entre estas variables.

1. DOLOR POSTOPERATORIO

Existe correlación significativa entre la baja laboral y el dolor postoperatorio que padecen los pacientes los siete días después de la intervención. Sin embargo, según la valoración del coeficiente de correlación de Landis y Koch (88) la asociación se considera baja entre ambas variables ($r=0-0,4$).

2. ANALGÉSICOS DE RESCATE

Entre la baja laboral y la ingesta de analgésicos de rescate existe una correlación significativa, pero según la valoración del coeficiente de correlación de Landis y Koch (88) presentan una asociación baja entre ambas variables ($r=0-0,4$).

3. SITUACIÓN LABORAL

Al relacionar la situación laboral del paciente con la baja laboral, en el análisis hemos excluido al grupo APTA, ya que eran los pacientes que se encontraban en paro.

No hemos podido observar diferencias significativas ($p \geq 0,05$). Sin embargo, hay que puntualizar que los pacientes del grupo AOAP, que eran los trabajadores con sueldo público, fueron los que cogieron más días de baja laboral ($\bar{X}=1,58$).

V. DISCUSIÓN

La intervención quirúrgica más frecuente en el ámbito de la cirugía bucal ambulatoria son las extracciones dentales, siendo la de los terceros molares la que con más frecuencia se realiza (12).

La exodoncia del tercer molar inferior es una intervención quirúrgica que provoca un dolor e inflamación en el postoperatorio, de carácter localizado y de intensidad variada. Esta sensación dura, por lo general, una semana y va decayendo con el paso de los días hasta su desaparición.

El dolor postquirúrgico presenta una medición cuantitativa complicada ya que cada paciente puede presentar un umbral del dolor diferente. En nuestro estudio encontramos el mayor pico de dolor el mismo día de la intervención con una media de $110,33 \pm 37,14$, según la escala de EVA (77), lo que coincide con lo concluido por diferentes estudios (90-93) que el dolor más intenso se presenta en las primeras 12 horas después de la intervención.

Como ya hemos nombrado anteriormente, el dolor postoperatorio puede variar según el paciente y con ello la necesidad de consumir analgésicos de rescate. El número de analgésicos ingeridos por el paciente suele acompañar a la intensidad del dolor postquirúrgico, lo que coincide con nuestro trabajo, siendo el mismo día de la intervención el que presentó un mayor número analgésicos de rescate consumidos ($\bar{X}=1,43 \pm 1,1$).

Tanto el consumo de analgésicos como la intensidad el dolor postquirúrgico después de la exodoncia de un tercer molar inferior pueden estar influenciado

por diferentes factores, como los propuestos en nuestro trabajo, factores anatómicos y quirúrgicos del molar, ansiedad dental preoperatoria y la situación laboral. Todo ello puede repercutir en los días de baja laboral que necesita tomar el paciente. Por lo que, de acuerdo con los objetivos planteados y siguiendo el esquema de los resultados, procederemos a contrastar los datos obtenidos con otros estudios de la literatura.

En nuestro estudio, dentro de los aspectos epidemiológicos hemos valorado la edad y el sexo del paciente. La distribución de los pacientes de nuestra muestra según la edad, la dividimos en dos grupos, los menores o iguales a 30 años y los mayores de 30 años. Encontramos que se realizaron más exodoncias de terceros molares inferiores en los pacientes menores o iguales a 30 años, lo que coincide con estudios como el de Chiapasco y cols. (18) y el de Almendros-Marques y cols. (17) en el año 2006, aunque estos últimos autores en otro estudio que realizaron en el año 2008 (21) encontraron en su muestra, que la gran mayoría de pacientes que se les realizó extracción del tercer molar inferior fueron mayores de 30 años (70 %).

Respecto a la distribución de los pacientes por su sexo. En la literatura la mayoría de los estudios sobre la exodoncia del tercer molar inferior registran un mayor porcentaje en mujeres que en hombres (10,17,18,21). Sin embargo, en nuestro trabajo hemos observado un mayor porcentaje de hombres (55,6%).

En nuestro estudio hemos dividido el motivo de la exodoncia en preventivo, infeccioso, ortodóncico, prostodóntico y restaurativo, periodontal, otra patología

asociada y otras indicaciones (caries, radioterapia, riesgo de fractura mandibular).

Al analizar nuestros resultados encontramos que el motivo de exodoncia infeccioso fue el que se presentó con mayor frecuencia (50,8%); coincidiendo con autores como Alcaraz y cols. (13) con un 43,8% y Almendros- Marqués y cols. (17) con un 54,4%. Seguidamente hemos observado que un 30,1% de las exodoncias se realizaron por motivos preventivos, muy cercano a lo obtenido por Chiapasco y cols. (18) con un 30,9%, teniendo en cuenta que fue la indicación preventiva la que en mayor porcentaje se presentó de una muestra de 1000 terceros molares inferiores.

El tercer molar inferior puede ocupar diferentes posiciones en relación con las estructuras anatómicas vecinas. Estas posiciones deben ser estudiadas mediante radiografías panorámicas antes de la exodoncia.

Desde el punto de vista anatómico, unas de las variables que se suelen analizar con más frecuencia son la profundidad y relación con el segundo molar y la rama ascendente mandibular y la posición.

La profundidad y relación con el segundo molar y la rama ascendente mandibular la estudiamos mediante la utilización de la clasificación de Pell-Gregory (19) y nos encontramos que la clase IIIC y IIIB fueron los que presentaron un mayor porcentaje en nuestra muestra. Sin embargo, Almendros-Márquez y cols. (17) en su estudio encontraron resultados opuestos a los nuestros, mostrando un 0,8 % de terceros molares en clase IIIC y un 6,6% en clase IIIB de 250 terceros molares inferiores que obtuvieron de muestra.

En la literatura hay estudios (26,94) que señalan que la profundidad relativa del tercer molar inferior determina un mayor dolor tras la exodoncia. Lo que no concuerda con lo que hallamos en nuestro estudio, ya que aun mostrando el mismo número de cordales de clase IIIC y IIIB, fueron estos últimos los que presentaron un mayor dolor postoperatorio. De igual manera observamos que la toma de analgésicos de rescate fue mayor durante todo el estudio en la clase IIIB que en la IIIC.

La posición del tercer molar inferior la valoramos mediante la clasificación de Winter (20). Encontramos que la mayoría presentaban una posición mesioangular (36,5%), porcentaje que coincide de manera muy aproximada con autores como Almendros-Márques y cols. (21) con un 37,5% o Sandhu y cols. (9) con un 49%, pero obtuvimos un porcentaje pequeño comparado con lo que observaron Celikoglu y cols. (6) con un 77,4% y Venta y cols. (95) con un 71% de terceros molares inferiores en posición mesioangular. Respecto a la posición vertical aún más cercano observamos nuestro porcentaje (31,7%) con en el estudio de Sandhu y cols. (9) con un 42%. Sin embargo, es bastante mayor que al aportado por Celikoglu y cols. (6) con un 8,7%.

Al relacionar el dolor postoperatorio con la posición del cordal según Winter encontramos que la posición distoangular fue la que se relacionó con una mayor intensidad de dolor, coincidiendo con estudios como el de Oikarinen y cols. (96). Sin embargo, en los tres últimos días los pacientes que presentaban cordales en una posición vertical fueron los que consumieron un mayor número de analgésicos.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que son pocas las investigaciones que analizan directamente el postoperatorio de los terceros molares con ambas

clasificaciones (19,20). Sin embargo, existen múltiples publicaciones (26-29,33), que basándose en diferentes factores anatómicos, establecieron distintas escalas de dificultad quirúrgica para poder analizar la influencia de cada una de ellas en el postoperatorio del tercer molar inferior.

MacGregor en el año 1976 (97,98) fue el primero que intentó desarrollar un modelo de dificultad quirúrgica basado en la radiografía panorámica. Sin embargo, diferentes estudios (27-29,33) han ido mostrando que existen otras variables que influyen en la predicción de la dificultad quirúrgica preoperatoria, como la altura mandibular, la angulación del segundo molar, el tamaño del folículo dentario y la forma y el desarrollo de las raíces.

Respecto a la angulación del segundo molar, desde que lo describió MacGregor y cols. (99) en 1979, hemos encontrado que es una variable utilizada por Cáceres y cols. (28) midiendo los grados de angulación y Peñarrocha y cols. (29) describiendo la angulación del segundo molar en tres categorías, mesial, distal y centrado. Cáceres y cols. (28) consideran que la angulación de del segundo molar es importante tenerla en cuenta, mostrando que angulaciones mayores de 90° o más suponen una inclinación muy acusada hacia distal y obliga a hacer ostectomías amplias para poder realizar la exodoncia del tercer molar.

A pesar de que todos los estudios anteriores que hemos citado, tienen en cuenta la clasificación de Pell-Gregory (19) en la predicción de la dificultad quirúrgica, hay autores como García-García A y cols. (100) que mostraron en su estudio que esta clasificación no era un buen predictor de la dificultad quirúrgica, ya que una alta proporción de los casos de alta dificultad detectados a través de

escala de Parant (32), no fueron detectados a través de la clasificación de Pell-Gregory (19).

Lima y cols. (101) en un estudio en año 2012, observaron que tanto estudiantes de odontología como cirujanos maxilofaciales y radiólogos al examinar radiografías panorámicas y registrar la posición de los terceros molares según la clasificación de Pell-Gregory, sus resultados fueron muy similares, excepto el de un último grupo formado por odontólogos que variaron en prácticamente todas las clases de la clasificación, atribuyéndolo más a la dificultad de los examinadores para utilizar el sistema de clasificación de manera apropiada, en lugar del sistema de clasificación en sí. En nuestro trabajo, sólo un operador realizó la clasificación de Pell-Gregory (19) de los terceros molares inferiores, aunque no se puede contrastar con otros operarios, se asegura un único criterio y con ello una mayor fiabilidad de los datos registrados.

En nuestro trabajo hemos introducido el índice de dificultad quirúrgica de Cáceres y cols. (28) dentro de los factores anatómicos, ya que mide diferentes variables anatómicas en la radiografía panorámica.

Según el índice de Cáceres y cols. (28) nuestra muestra de terceros molares en su mayoría presentan una dificultad quirúrgica media. Al analizar su relación con el dolor postoperatorio y el número de analgésicos consumidos encontramos una mayor frecuencia en los pacientes que presentaban terceros molares de dificultad media. De igual manera, Peñarrocha y cols. (29) mediante una escala numérica codificaron datos de las radiografías panorámicas para hallar un índice de dificultad quirúrgica y observaron que existían diferencias significativas al 95% ($p < 0,005$) respecto al dolor, siendo mayor en la dificultad media.

Sin embargo, las variables en las que se basan los índices de dificultad preoperatorio se miden en radiografías panorámicas, las cuales, según Chandler y cols. (102) son poco fiables a la hora de clasificar los terceros molares retenidos.

Los factores quirúrgicos que analizamos fueron el índice de dificultad según García-García y cols. (30), modificación de la escala de Parant (32) realizada en el año 1997 y el tiempo de intervención. Observamos que la mayoría de los pacientes de nuestra muestra que han sentido más dolor postoperatorio después de la exodoncia, presentaban terceros molares de clase III según García y cols. (30). Aunque Lago-Méndez y cols. (31) obtuvieron un mayor dolor postoperatorio en pacientes que se les realizaba exodoncia del tercer molar inferior de clase IV los siete días después de la intervención.

En cuanto al número de analgésicos de rescate la mayoría de los pacientes que presentaron terceros molares inferiores de clase II y III fueron los que consumieron mayor número de analgésicos.

García- García A y cols. (30) en un estudio sobre 104 pacientes, obtuvieron que el porcentaje de pacientes que consumieron analgésicos con cordales de clase I en el primer día después de la cirugía, fue significativamente menor que el porcentaje de los pacientes que tenían cordales de clase II, III, y IV. De igual manera encontramos diferencias significativas entre los pacientes con terceros molares inferiores de clase III y I, siendo mucho menor el consumo en los de clase I.

Van Gool y cols. (47) no sólo encontraron asociación entre el dolor y la dificultad quirúrgica sino que además observaron que la incisión, el despegamiento

mucoperióstico, la ostectomía y la odontosección, influyen en el tiempo de intervención y eran claves en el dolor postoperatorio. Por lo que una manipulación prolongada de la herida y los tejidos blandos fue responsable de que los pacientes consumieran más analgésicos de rescate. Otro estudio (103) también observó que cuanto más tiempo dura la intervención mayor dolor postoperatorio y mayor consumo de analgésicos de rescate registraban los pacientes.

Respecto al tiempo de intervención en nuestro estudio hemos encontrado que la media mayor de dolor postoperatorio y de número de analgésicos se produce en las intervenciones que duraron entre los 46 y 60 minutos, lo que confirma lo expuesto anteriormente, aunque no de manera significativa ya que sólo tres casos formaban parte de este intervalo de tiempo. Sin embargo, Infantes y cols. (25) no obtuvieron relación entre el dolor postoperatorio y el tiempo de intervención, pero si observó que registraron mayor dolor en el segundo día postoperatorio en los terceros molares inferiores de mayor índice de dificultad.

Hay que tener en cuenta, que todos los resultados hallados en este trabajo y los estudios nombrados con anterioridad, deben de interpretarse con cuidado ya que el postoperatorio de los terceros molares inferiores tiene una etiología multifactorial. Factores predisponentes como el tabaco (25) y la higiene oral, que no hemos estudiado en nuestro trabajo, pueden influir en el postoperatorio del tercer molar inferior. Peñarrocha y cols. (41) realizaron un estudio para observar la influencia de la higiene oral en el postoperatorio de la exodoncia del tercer molar inferior y aportaron que los pacientes con peor higiene oral, presentaban mayor dolor y como consecuencia tomaban más analgésicos de rescate en las primeras 48 horas después de la intervención.

Otro de los factores predisponentes que pueden influir en el dolor postoperatorio y en el consumo de analgésicos de rescate es la ansiedad dental preoperatoria. La ansiedad dental la hemos evaluado mediante dos escalas: la escala de ansiedad dental de Corah (DAS) (66) y la escala de miedo dental según Kleinknecht y cols. (67) (DFS)

Lago-Méndez L y cols. (72) estudiaron en 70 pacientes la ansiedad dental que les provocaba la exodoncia del tercer molar y observaron una correlación alta y estadísticamente significativa al 99%, entre DAS y DFS. Dentro de la escala DAS encontraron diferencias significativas entre los pacientes con ansiedad baja y alta, siendo mayor la media de pacientes que padecieron ansiedad alta; datos que no coinciden con nuestro trabajo que tanto con la escala DAS como con DFS la gran mayoría de los pacientes mostró ansiedad baja.

Al relacionar el dolor postoperatorio con la ansiedad, con ninguna de las dos escalas (DAS, DFS) encontramos diferencias significativas, pero si observamos un mayor dolor postoperatorio, en la escala DFS, en pacientes con ansiedad alta y de igual manera con DAS menos el séptimo día que fue mayor en los pacientes con ansiedad baja. Sin embargo, Klages y cols. (104) mostraron una relación directa entre un dolor postoperatorio alto y una ansiedad dental alta.

Maggirias y cols. (105) en un estudio experimental demostraron que la ansiedad, la experiencia previa, la expectación y la anticipación, la comunicación y el control pueden influir en la percepción del dolor. Consecuentemente, el que se experimente o no dolor durante el tratamiento dental puede tener mucho que ver con la experiencia previa, la disposición psicológica del individuo, el contex-

to en el que se proporciona el cuidado, el tipo de tratamiento y las habilidades del dentista para la anestesia y los procedimientos dentales.

El número de analgésicos de rescate consumidos fue mayor en los pacientes con ansiedad alta en ambas escalas (DAS, DFS), excepto en el séptimo día que encontramos que un 14,3% (9) de los pacientes con ansiedad baja habían consumido más analgésicos que los de ansiedad alta.

Al tener en cuenta la asociación entre el dolor postquirúrgico y el número de analgésicos observamos que con la escala de DAS no existía esa asociación mostrando los pacientes de ansiedad baja más dolor que los de ansiedad alta, aunque con la escala DFS si pudimos observar esa asociación.

Ante esta contradicción, analizamos otros factores que podían influir en este hecho pero observamos que de estos nueve pacientes, sólo dos sintieron un dolor fuerte; sólo un paciente tuvo un cordal inferior con dificultad alta, clase IV y clase IIIC de Pell-Gregory (19).

Al observar todas las variables anteriores, no encontramos razones plausibles para poder explicar este hallazgo, más que la muestra de los pacientes que presentaron ansiedad alta con DFS fue muy pequeña. Además podemos puntualizar que el 33,3% (3) de los pacientes tomaron tres analgésicos los siete días después de la intervención, pensamos que puede ser debido a que éstos pacientes mantuvieran un hábito diario en la toma de analgésicos, sin estar asociado con el dolor postoperatorio que experimentaron.

Podemos también resaltar que en el 92,1% de los casos la escala DAS y DFS registraron la misma ansiedad. Esto nos indica la fiabilidad de ambas, pero pensamos que la escala DFS es más completa e específica al contemplar cua-

tro dimensiones que evalúan la evitación y ansiedad anticipatoria, el arousal fisiológico, el miedo específico a procedimientos y estímulos dentales y el miedo de los sujetos que le rodean.

En nuestro trabajo, no hemos utilizado ningún instrumento externo a la intervención durante el estudio, que pudiera condicionar la ansiedad dental que padece el paciente. Kim y cols. (106) estudiaron con una muestra de 219 pacientes si la música podía influir en la ansiedad dental (por medio de la escala DAS) y el dolor postoperatorio en una cirugía de cordal inferior. En el grupo que pusieron música se notó un descenso significativo de la ansiedad preoperatoria a la intraoperatoria, siendo al contrario en el grupo que no escucharon música y respecto al dolor postoperatorio no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Respecto a la baja laboral de los pacientes, no hemos encontrado relación estadísticamente significativa con la ansiedad dental del paciente, aunque si hemos podido observar que los pacientes con ansiedad alta registraron más días de baja laboral. Sin embargo, el único paciente que obtuvo un absentismo laboral de cinco días registró una ansiedad baja y era trabajador con sueldo público. Ante el tópico de que los trabajadores con sueldo público tienen seguridad de no perder su puesto de trabajo, podríamos pensar en esa posible relación del trabajador de sueldo público con un número mayor de días de baja laboral, formulado con anterioridad en nuestra hipótesis, pero al ser sólo un caso no tiene ninguna base estadística para poder afirmar esa asociación.

González-Ceinos y cols. (49) relacionaron la ocupación profesional frente a la ansiedad dental del paciente por medio de una modificación de la escala DFS de 26 ítems, en los tratamientos odontológicos y fue en las mujeres jubiladas

donde observaron una mayor media de ansiedad, por lo que en este estudio no pudieron ver que la actividad profesional influya en la ansiedad dental. Sin embargo, Hall y Edmondson (107) relacionaron la etiología de la ansiedad dental con el nivel psicológico y cultural del individuo.

Varios autores como Happonen y cols. (43) y Van Gool y cols. (47) en sus trabajos contemplaron una media de días de baja laboral de 1,8 y 2,5 días, respectivamente. Sin embargo, en nuestro estudio hallamos una media de baja laboral de 0,95 días, muy parecido al hallado por Berge y cols. en el año 1994 (94) de 1,1 días y en el año 1997 (44) de 1,07 días de baja laboral, siendo las muestras de ambos estudios muy superiores (204 y 201 pacientes respectivamente) al de nuestro estudio.

En nuestro trabajo, el absentismo o baja laboral tuvo una correlación significativa pero baja con el dolor postoperatorio y el número de analgésicos consumidos que registraron los pacientes.

Berge y cols. (44) que estudiaron como influyen los factores pre y postoperatorios en la baja laboral después de la cirugía del tercer molar inferior; observaron diferencias significativas ($p=0,01$) relacionando el dolor postoperatorio y el consumo de analgésicos de rescate con la baja laboral. La toma de analgésicos durante una semana después de la cirugía influyó en el 19% de pacientes que tuvieran algún día de baja laboral y el dolor postoperatorio en el 17% de los pacientes.

En la literatura apenas hemos encontrado estudios que especifiquen la situación laboral del paciente. Colorado-Bonnin M y cols. (48) en un estudio casos-control sobre la calidad de vida del paciente después de la cirugía del tercer

molar inferior, diferenciaron a los pacientes entre estudiantes, amas de casa y trabajadores pero no analizaron la relación con la baja laboral.

Nos pareció muy interesante el crear un objetivo para observar si la situación laboral del paciente influía en los días de baja laboral, aunque los resultados entre la baja laboral y la situación laboral no hayan sido estadísticamente significativos observamos que los pacientes trabajadores con sueldo público (AOAP) fueron los que mayor días de baja registraron ($X=1,58$), por lo que nos acercamos a lo propuesto en nuestra hipótesis y al aumentar la muestra hay bastante probabilidades de que encontremos resultados significativos al respecto. Sin embargo, según el último informe del Programa de Inspección de la Incapacidad Temporal del Gobierno regional de la Comunidad de Madrid en 2012 la comunidad ahorró 39 millones de euros debido al descenso de las bajas laborales entre sus empleado del sector público (108).

Como ya hemos comentado anteriormente, uno de los motivo de la realización de nuestro trabajo era el poder ver si la exodoncia del tercer molar inferior es un procedimiento que tenga repercusiones socio-laborales que puedan influir en un mayor tiempo y coste del que necesita esta intervención en nuestras consultas.

Si trasladamos lo expuesto anteriormente al ámbito público, hay autores como Rodríguez-Armijo y cols. (109) que en su trabajo sobre un programa piloto de cirugía bucal ambulatoria, consideran que un importante número de cirugías de la cavidad oral puedan atenderse en Atención Primaria por odontoestomatólo-

gos, consiguiendo con ello una reducción de las listas de espera, un importante ahorro económico y una mejor calidad asistencial.

Blanco y cols. (110) en un estudio realizado durante dos años en el Área 4 del Insalud de Madrid, mostraron que la mayor parte de los procesos patológicos que requieren cirugía bucal son susceptibles de ser tratados de forma ambulatoria, por lo que consideran la creación de unidades quirúrgicas ligadas a los Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, por lo que permitiría una mejor asistencia a los pacientes y probablemente una disminución de los costes al sustituir gasto en forma de tratamiento definitivo, así como la reducción de las listas de espera y pérdida de jornadas laborales.

VI. CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados y de acuerdo a los objetivos planteados, las conclusiones del presente estudio son:

- 1- La mayoría de los pacientes que se realizaron una exodoncia del tercer molar inferior fueron hombres menores o iguales de 30 años, siendo el motivo de la exodoncia infeccioso el más común.
- 2- La clase IIIB de Pell-Gregory, la posición distoangular, la dificultad media, la clase de dificultad II y III presentaron un dolor postoperatorio y un consumo de analgésicos de rescate significativamente mayor.

No se apreciaron diferencias significativas en el intervalo de tiempo de 45-60 minutos, aunque mostró mayor dolor postoperatorio y número de analgésicos consumidos.

Existe correlación significativa entre el dolor postoperatorio y el consumo de analgésicos de rescate.
- 3- La ansiedad dental, tanto por DAS como por DFS, no ha influido de forma significativa en el dolor postoperatorio y la baja laboral de los pacientes, pero si en el consumo de analgésicos.
- 4- La media de días de baja laboral que presentaron los pacientes fue de 0,98 días .Existiendo una correlación significativa entre la baja laboral, el dolor postquirúrgico y el consumo de analgésicos de rescate pero no con la situación laboral.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Gay C, Berini L. Cirugía Bucal. Tomo I. Madrid; Ergon S.A.,2004.
2. Kruger E, Thomson WM, Konthasinghe P. Third molar outcomes from age 18 to 26: Findings from a population-based New Zealand longitudinal study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001 Aug; 92 (2):150-5.
3. Hattab FN.Positional changes and eruption of impacted mandibular third molars in young adults. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997 Dec; 84:604-8.
4. Calatrava L. Lecciones de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial. Madrid; Oteo,1979
5. Navarro C, Ochandiano S, García-Marín F. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo I 2ªedic. Madrid; Argán, 2009.
6. Celikoglu M, Miloglu O, Kazanci F. Frequency of agenesis, impaction, angulation, and related pathologic changes of third molar teeth in orthodontic patients. J Oral Maxillofac Surg 2010; 68:990-5.
7. Venta I, Turtola L, Ylipaavalniemi P. Change in clinical status of third molars in adults during 12 years of observation. J Oral Maxillofac Surg 1999 Apr; 57(4):386-9.
8. Levesque GY, Demirijian A, Tanguay R. Sexual dimorphism in the development, emergence, and agenesis of the mandibular third molar. J Dent Res 1981Oct; 60(10):1735-41.
9. Sandhu S, Kaur T. Radiographic evaluation of the status of third molars in the Asian-Indian students. J Oral Maxillofac Surg 2005 May; 63(5):640-5.

10. Hattab FN, Rawashdeh MA, Fahmy MS. Impactation status of third molars in Jordanian students. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod* 1995; 79:24-9.
11. Donado M. Extracciones dentarias. En Donado M, editores. *Cirugía Bucal. Patología y Técnica*. Barcelona: Editorial Masson; 2005. P. 297-306.
12. Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM, Donado-Rodríguez M. Demanda social en cirugía bucal ambulatoria. Causística en el máster de Cirugía Bucal de la Universidad Complutense de Madrid. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Ene 1; 13 Supl 1:41-5.
13. Alcaraz M, Aliaga A, Pérez L, Chiva F, García C. Valoración radiológica del tercer molar incluido con la técnica de Pell-Gregory. *Revista Europea de Odonto-Estomatología* 2003; 15(6):285-92.
14. Scherstén E, Lysell L, Rohlin M. Prevalence of impacted third molars in dental students. *Swed Dent J* 1989; 13:7-13.
15. Song F, Landes DP, Glenny AM, Sheldon TA. Prophylactic removal of third molars: an assessment of published reviews. *Br Dent J* 1997; 182:339-46.
16. Nance PG, White RP, Offenbacher S, Phillips C, Blakey GH, Haug RH. Change in third molar angulation and position in young adults and follow-up periodontal pathology. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:424-8.
17. Almendros-Márques N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Influence lower third molar position of incidence of preoperative complications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102:725-32.

18. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76:412-20.
19. Pell GF, Gregory BT. Impacted mandibular third molars; classification and modified technique for removal. *Dent Dig* 1933; 39:330-8.
20. Winter GB. Impact mandibular third molar. St. Louis: American Medical Book, 1926.
21. Almendros-Marque's N, Alaejos-Algarra E, Quinteros-Borgarello M, Berini-Ayte's L, Gay-Escoda C. Factors influencing the prophylactic removal of asymptomatic impacted lower third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37: 29–35.
22. Contar CMM, Oliveira P, Kanegusuku K, Berticelli RS, Azevedo-Alanis LR, Machado MAN. Complicaciones en la extracción del tercer molar: Un estudio retrospectivo en 588 pacientes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15 (Ed. esp.):257-61.
23. Ferru's-Torres E, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C: Diagnostic predictability of digital versus conventional panoramic radiographs in the presurgical evaluation of impacted mandibular third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009; 38:1184–87.
24. Fisher SE, Frame JW, Rout PGJ. Factors affecting the onset and severity of pain following the surgical removal of unilateral impacted the surgical removal of unilateral impacted mandibular third molar teeth. *B Dent J* 1988;164:351-54.

25. Infante Cossío P, Espín Gálvez F, Mayorga Jiménez F, Hernández Guisado JM, Rendón Infante JI, Delgado Sánchez MJ. Estudio prospectivo de los factores relacionados en la recuperación postoperatoria tras la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos. *Avances en Odontostomatología* 1995; 11:569-73.
26. Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2004; 42:209-14.
27. Pedersen GW. Oral surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1988.
28. Cáceres Madroño E, Martínez-González JM, Meníz García C, López Carriches MC, Madrigal Martínez-Pereda C. Estudio del grado de dificultad en la extracción de los terceros molares inferiores en relación con la experiencia profesional: Período preoperatorio (Parte I). *Archivos de Odontostomatología* 1998; 14 (4): 229-37.
29. Peñarrocha M. Sanchis JM, Sáez U, Gay C, Bagán JV. Escala numérica de valoración de la dificultad quirúrgica en la extracción de 190 terceros molares mandibulares incluidos. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 16(2):96-100.
30. García-García A, Gude-Sampedro F, Gándara-Rey J, Gallas-Torreira M. Trismus and pain after removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55:1223-6.
31. Lago-Méndez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera C, Gude-Sampedro F, Gándara Rey JM, García-García A. Relationships between surgical diffi-

- culty and postoperative pain in lower third molar extractions. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65:979-83.
32. Parant M. *Petite Chirurgie de la Bouche*. Paris: Expansion Cientifique, 1974.
33. Romero Ruiz MM. En: Romero Ruiz MM, Gutiérrez Pérez JL. (eds.). *El Tercer Molar Incluido*. Madrid: GSK; 2001. p. 43-69.
34. Diniz-Freitas M, Lago-Méndez L, Gude-Sampedro, Somoza-Martín JM, Gándara-Rey JM, García-García A. Pederson scale fails to predict how difficult it will be to extract lower third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2007; 45: 23-6.
35. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61:1379-89.
36. Robinson PP, Loescher AR, Yates JM, Smith KG. Current management of damage to the inferior alveolar and lingual nerves as a result of removal of third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42(4):285-92.
37. Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1117 surgical extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92(4):377-83.
38. Bataineh AB. Sensory impairment following mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59 (9): 1012-17.
39. Gülicher D, Gerlach KL. Sensory impairment of the lingual and inferior alveolar nerves following removal of impacted mandibular third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30(4):306-12.

40. Queral-Godoy E, Valmeseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Incidence and evolution of inferior alveolar nerve lesions following lower third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99(3):259-64.
41. Peñarrocha M, Sanchis JM, Sáez U, Gay C, Bagán JV. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92:260-4.
42. Seymour RA, Meechan JG, Blair GS. An investigation into post-operative pain after third molar surgery under local analgesia. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1985; 23:410-8.
43. Happonen RP, Bäckström AC, Ylipaavalniemi. Prophylactic use of phenoxymethylpenicilin and tinidazole in mandibular third molar surgery, a comparative placebo controlled clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990; 28:12-5
44. Berge TI. Inability to work after surgical removal of mandibular third molars. *Acta Odontol Scand* 1997; 55:64-9.
45. Sindet-Pedersen S, Petersen JK, Gotzsche PC, Christensen H. A double-blind, randomized study of naproxen and acetylsalicylic acid after surgical removal of impacted lower third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15:389.
46. Satorres M, Delgado E, Berini L, Gay C. Cirugía bucal ambulatoria. Presentación de la actividad clínica del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona durante el año 1998. *Arch Odontostomatol* 2000; 16(2):83-90.

47. Van Gool AV, Ten Bosch, JJ, Boering G. Clinical consequences of complaints and complications after removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Surg* 1977; 6:29-37.
48. Colorado-Bonnin M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Quality of life following lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35:343-7.
49. González Ceinos M, Ezpeleta Saez I, Heredia Zorrilla M, Malpartida Larrinaga Z, Núñez Moreno L, Tejada Arranz A, Trepiana Gordejuela R. La ansiedad dental según el sexo, la edad y la profesión. *Archivos de Odontostomatología* 1999; 15(2):91-4.
50. Fernández Parra A, Gil Roales-Nieto J. *Odontología conductual*. Barcelona; Martínez Roca, 1994.
51. Winer GA. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Development* 1982; 53:1111-33.
52. Weinstein P. Breaking the worldwide cycle of pain, fear, and avoidance: Uncovering risk factors and promoting prevention for children. *Annals of Behavioral Medicine* 1990; 12: 141-7.
53. Gatchell RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walker C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *J Am Dent Assoc* 1983; 107: 609-10.
54. Stouthard M, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 139-42.
55. Ter Horst G, De Wit CA. Review of behavioral research in dentistry 1987–1992: Dental anxiety, dentist patient relationship, compliance and attendance. *Int Dent J* 1993; 43: 265-78.

-
56. Eli I, Uziel N, Blumensohn R, Baht R. Modulation of dental anxiety - the role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns. *Br Dent J* 2004; 196: 689-94.
57. Neverlien PO. Normative data for Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) for the Norwegian adult population. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 162.
58. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 1111-9.
59. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc* 1988; 116: 641-7.
60. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 292-6.
61. Locker D, Liddell A. Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res* 1991; 70:198-203.
62. Jongh A, Van Wijk AJ, Lindeboom JA. Psychological impact of third molar surgery: a 1-month prospective study. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69:59-65.
63. Casap N, Alterman M, Sharon G, Samuni Y. The effects of informed consent on stress levels associated with extraction of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66:878-81.
64. Kent G. Anxiety, pain, and type of dental procedure. *Behav Res Ther* 1984; 22: 465-9.

-
65. Kent G. Cognitive processes in dental anxiety. *Br J Clin Psychol* 1985; 24: 259-64.
66. Corah N. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48:596.
67. Kreinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *JADA* 1973; 86:842-8.
68. Kleinknecht R, Bernstein DA. The assessment of dental fear. *Behav Res Ther* 1978; 9:626-34.
69. Schuurs A, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 329- 39.
70. Rodríguez Baciero G, Martínez M^a A, Caballero J, Barranquero M. Patrones de comportamiento en el consultorio dental. *Rev Eur Odontoestomatol* 1991; 3(2): 131-4.
71. Kleinknecht R, Thorndike R, McGlynn F, Harkavy J. Factor analysis of the dental fear survey with cross validation. *J Am Dent Assoc* 1984; 108: 59-61.
72. Lago-Méndez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera C, Seoane-Pesqueira G, Gándara-Rey JM, García-García A. Dental anxiety before removal of a third molar and association with general trait anxiety. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1404-08.
73. Cohen L A, Snyder T L, LaBelle A D. Correlates of dental anxiety in a university population. *J Public Health Dent* 1982; 42 (3): 228-35.

-
74. Ohnhaus EE, Alder R. Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain* 1975; 1:379-84.
75. Melzack R. The Mc Gill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.
76. Scott J, Huskisson Ec. Graphic representation of pain. *Pain* 1976; 2: 175-
77. Heft MW, Parker SR. An experimental basis for revising the graphic rating scale for pain. *Pain* 1984; 19:153-61.
78. Kubilay I, Unsal A, Kalayci A, Durmus E. Comparison of three pain after impacted third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 112:715-8.
79. Ergün U, Say B, Ozer G, Yildirim O, Kocatürk O, Konar D y cols. Trial of a new pain assessment tool in patients with low education: the full cup test. *Ind J Clin Pract* 2007; 61:1692-6.
80. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *JADA* 2000; 131; 1449-57.
81. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de la población activa (EPA)
http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t22/e308_mnu&file=inebase
82. Torres V, Jan C. Radiografía de los funcionarios en España. Periódico El País Economía 28 de Mayo del 2010
http://economia.elpais.com/economia/2010/05/28/actualidad/1275031973_850215.html

-
83. Sahuquillo MR, De Benito E. Unos funcionarios con mala salud de hierro. Periódico El Pais Sociedad 2 de Mayo del 2012. <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/02/vidayartes/1335990666358511.html>.
84. Fraile O. Las bajas de los funcionarios de la Comunidad de Madrid se reducen a la mitad. Periódico 20 minutos 15 de Mayo del 2013. http://cdn.20minutos.es/edicionimpresa/madrid/13/05/MADR_15_05_13.pdf.
85. SPSS. *SPSS Statistics 19.0 Command Syntax Reference*. SPSS Inc. 2010.
86. Ferrán Aranaz, M. *SPSS para Windows. Programación y Análisis Estadístico*. Mc Graw Hill, 1996.
87. Everitt, B. S. *The Analysis of Contingency Tables*. Chapman & Hall. Second Edition, 1992.
88. Landis J, Koch G: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
89. Sánchez, M., Frutos, G. y Cuesta, P. L. *Estadística y matemáticas aplicadas*. Editorial Síntesis, 1996.
90. Amin MM, Laskin DM. Prophylactic use of indomethacin for prevention of postsurgical complications after removal of impacted third molars. *Oral Surg.* 1983; 55(5): 448-51.
91. Seymour RA, Walton JG. Pain control after third molar surgery. *Int J Oral Surg.* 1984; 13(6): 457-85.

-
92. Buyukkurt MC, Gungormus M, Kaya O. The effect of a single dose prednisolone with and without diclofenac on pain, trismus and swelling after removal of mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64(12): 1761-6.
93. McGrath C, Comfort MB, Lo ECM, Luo Y. Changes in life quality following third molar surgery. The immediate postoperative period. *Br Dent J.* 2003; 194(3): 265-8.
94. Berge TI, Boe OE. Predictor evaluation of postoperative morbidity after surgical removal of mandibular third molars. *Acta Odontol Scand* 1994; 52:162-9.
95. Venta I, Turtola L, Ylipaavalniemi P. Radiographic follow-up of impacted third molars from age 20 to 32 years. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001Feb; 30(1):54-7.
96. Oikarinen K. Postoperative pain after mandibular third molar surgery. *Acta Odontol Scand* 1991; 49: 7-13.
97. MacGregor AJ: The radiological assessment of ectopic lower third molars. Tesis Doctoral. University of Leeds (UK); 1976.
98. MacGregor AJ: The impacted lower wisdom tooth. Oxford, England: Oxford University Press; 1985.
99. MacGregor AJ. The radiological assessment of ectopic lower third molars. *Ann Roy Coll Surg Eng* 1979; 61:107-13.
100. García-García A, Gude-Sampedro F, Gandara-Rey J, Gandara-Vila P, Somoza Martin M. Pell–Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2000; 38: 585–87.

-
101. Lima CJ, Silva LCF, Melo MRS, Santos JASS, Santos TS. Evaluation of the agreement by examiners according to classifications of third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012 Mar 1; 17 (2):e281-6.
102. Chandler LP, Laskin DM. Accuracy of radiographs in classification of impacted third molar teeth. *J Oral Maxillofac Surg* 1988; 46: 656-60.
103. Pedersen A. Interrelation of complaints after removal of impacted mandibular third molars. *Int. J. Oral Surg* 1985; 14: 241-4.
104. Klages U, Kianifard S, Ulusoy Ö, Wehrbein H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 139-45.
105. Maggiri J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 151-9.
106. Kim YK, Kim SM, Myoung H. Musical intervention reduces patients' anxiety in surgical extraction of an impacted mandibular third molar 2011; 69:1036-45.
107. Hall N, Edmondson HD. The etiology and psychology of dental fear. *Br Dent J* 1983; 154:247-52.
108. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de la Población Activa (EPA). Pimer trimestre 25 de Abril del 2013. <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0113.pdf>.
109. Rodríguez- Armijo M, Romero MJ, Camelo MJ, León S, Gallardo PA. Cirugía Bucal Ambulatoria. Nuestra experiencia tras dos años de funcionamiento. *Rev Asecma* 1998; 3:264-7.

110. Blanco L, González A, Martínez JM, Gómez R. Demanda social de Cirugía Bucal. Prof Dental 1997; 18:26-8.

VIII. ANEXOS

VIII.1 ANEXO I:



Informe Dictamen Protocolo Favorable Estudio observacional

C.P. - C.I. 11/400-E

23 de diciembre de 2011

CEIC Hospital Clínico San Carlos

Dra. Mar García Arenillas
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos

CERTIFICA

Que el CEIC Hospital Clínico San Carlos en su reunión del día 21/12/2011, acta 12.2/11 ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio observacional:

Título: "Análisis de los factores anatómicos, quirúrgicos y socio-laborales en el postoperatorio de la exodoncia del tercer molar inferior"

Código Interno: 11/400-E

Promotor: M^a Isabel Leco Berrocal

Que en este estudio:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Orden SAS 3470/2009 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho proyecto por la **Dra. M^a Isabel Leco Berrocal** como investigador principal en Hospital Clínico San Carlos.

Lo que firmo en Madrid, a 23 de diciembre de 2011

Fdo.: Dra. Mar García Arenillas
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos

Nº: _____

FICHA RECOGIDA DE DATOS

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Situación laboral: _____
- Diente a intervenir: _____
- Motivo de la exodoncia: _____

PREVENTIVA	INFECCIÓN	ORTODÓNCICO	PROSTODÓNTICO Y RESTAURATIVO	PERIODONTAL	OTRA PATOLOGÍA ASOCIADA	OTRA INDICACIÓN

GRADOS DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA:

I	II	III	IV

- Clase I. Extracción con fórceps y botadores.
- Clase II. Extracciones con ostectomía.
- Clase III. Extracciones con ostectomía y odontosección en el cuello dentario.
- Clase IV. Extracciones complejas (requieren radiculosección).

- Tiempo de intervención (minutos) _____

- Baja laboral (días) _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Este es un documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial para ayudar a su cirujano a informarle sobre los posibles riesgos y beneficios de la EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR (o extracción de la muela del juicio).

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento.

La extracción de la muela del juicio está indicada en ocasiones para evitar problemas como: dolor, inflamación, infección, formación de quistes, enfermedad periodontal, caries, maloclusión, pérdida prematura de otros dientes, pérdida prematura de hueso, etc. Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Infección postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Apertura limitada de la boca durante días o semanas
- Daño a los dientes o tejidos vecinos.
- Abandono accidental de un pequeño fragmento de raíz, cuya extracción supondría una ampliación injustificada de la cirugía.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o permanente (de la lengua y del gusto).
- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.

Riesgos específicos en su caso

.....
La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL O LOCAL con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

Yo, D/Doña.

.....
(nombre y apellidos, a mano, o pegatina del centro sanitario) COMO PACIENTE (o su representante legal), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO

junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado.....

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....
.....
.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En.....a.....de.....de.....

Firma del paciente
(o su representante legal Nombre y
en caso de incapacidad) D.N.I.

Firma del médico responsable
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo. D.N.I.

GRADO DE INCLUSIÓN Y PROFUNDIDAD RELATIVA (CLASIFICACIÓN DE PELL- GREGORY):

	Posición A	Posición B	Posición C
Clase I			
Clase II			
Clase III			

Posición de los terceros molares en relación con el borde anterior de la rama ascendente mandibular y el segundo molar:

- Clase I: espacio suficiente entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.
- Clase II: el tercer molar incluido tiene un diámetro mesiodistal mayor que el espacio entre el segundo molar y la rama ascendente.
- Clase III: no hay espacio y el tercer molar se sitúa en la rama ascendente.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

- Posición A: la porción alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal que pasa por encima del segundo molar.
- Posición B: tercer molar inferior situado por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del mismo.
- Posición C: la parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

POSICIÓN (CLASIFICACIÓN DE WINTER):

Retención	V	H	MA	DA	VA	LA	I

Posición del tercer molar en relación al segundo molar:

- Retención vertical (V): el eje del tercer molar es paralelo al de los otros molares.
- Retención horizontal (H): el eje de tercer molar es perpendicular al del resto de los molares.
- Retención mesioangular (MA): el eje del tercer molar se dirige hacia el segundo molar, formando con este diente un ángulo variable, alrededor de 45°.
- Retención distoangular (DA): el eje del tercer molar se dirige hacia la rama mandibular.
- Retención vestibuloangular (VA): la corona del molar se dirige hacia bucal, y su eje es perpendicular al resto de los molares.
- Retención linguoangular (LA): la corona se dirige hacia lingual y su eje es perpendicular al resto

ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA

PARAMETROS	PLNTUACION
ALTURA MANDIBULAR 1-30mm 31-34mm 35-39mm	0 1 2
ANGULO HACIA DISTAL DEL 2º MOLAR 1-59° 60-69° 70-79° 80-89° + de 90°	0 1 2 3 4
TAMANO DEL FOLICULO DENTARIO 0 mm 0-1mm + de 1mm	2 1 0
FORMA Y DESARROLLO DE LAS RAICES Menos de 1/3. De 1/3 a 2/3. Más de 2/3 y curvatura favorable. Más de 2/3 y curvatura desfavorable. Más de 2/3 y curvatura compleja.	2 1 1 2 3
POSICION DEL TERCER MOLAR Vertical. Mesioangular. Horizontal y distoangular.	0 1 2
RECUBRIMIENTO OSEO DEL TERCER MOLAR Sin recubrimiento. Cúspide distal cubierta. Cúspide mesial cubierta. Totalmente cubierto.	0 1 2 3
ESPACIO DESDE DISTAL DEL 2º MOLAR A RAMA ASCENDENTE Mayor diámetro mesiodistal del cordal. Igual diámetro mesiodistal del cordal. Menor diámetro mesiodistal del cordal.	0 1 2

Marque con un círculo una sola respuesta a las siguientes preguntas.

A. Si usted tuviera que ir al dentista mañana, ¿cómo se sentiría?:

1. Pensaría en ello como una experiencia razonablemente agradable.
2. No estaría preocupado.
3. Estaría un poco intranquilo.
4. Tendría miedo que fuera desagradable y doloroso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

B. Cuando usted está esperando su turno en la consulta del dentista; ¿cómo se siente?:

1. Relajado.
2. Un poco intranquilo.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

C. Cuando usted está en el sillón del dentista y él sostiene el taladro para empezar el tratamiento ¿cómo se siente?:

1. Relajado.
2. Un poco intranquilo.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

D. Usted está en el sillón del dentista preparado para una limpieza dental. Mientras usted está esperando, el dentista está sacando los instrumentos que él usará para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?:

1. Relajado.
2. Un poco intranquilo.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

Responda la siguiente encuesta rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta:

1 = "No", "Nunca", "Nada"

2 = "Algo", "Algunas veces", "Un poco"

3 = "Lo normal", "La mitad de las veces"

4 = "Frecuentemente", "Gran parte de las veces"

5 = "Siempre", "Totalmente", "Si"

¿Ha evitado llamar al dentista para fijar una cita cuando lo necesita?

1 2 3 4 5

¿Ha cancelado o no ha aparecido en alguna cita por temor al tratamiento dental?

1 2 3 4 5

Cuándo se encuentra en el dentista:

¿Sus músculos llegan a estar tensos?

1 2 3 4 5

¿Aumenta el número de respiraciones?

1 2 3 4 5

¿Siente que suda más?

1 2 3 4 5

¿Siente náuseas?

1 2 3 4 5

¿Aumenta los latidos de su corazón?

1 2 3 4 5

¿Aumenta la saliva de su boca?

1 2 3 4 5

¿Cuánto miedo o temor siente:

Al fijar una cita con el dentista?

1 2 3 4 5

Al ir a la clínica dental?

1 2 3 4 5

En la sala de espera?

1 2 3 4 5

Al sentarse en el sillón dental?

1 2 3 4 5

Al olor de la clínica?

1 2 3 4 5

Al ver al dentista?

1 2 3 4 5

Al ver la aguja?

1 2 3 4 5

Al sentir la aguja?

1 2 3 4 5

Al ver el torno?

1 2 3 4 5

Al oír el torno?

1 2 3 4 5

Al sentir el torno?

1 2 3 4 5

A tener deseo de vomitar?

1 2 3 4 5

A la limpieza de dientes por el dentista?

1 2 3 4 5

A sentir dolor incluso después de recibir la anestesia?

1 2 3 4 5

En general, cuanto miedo o temor le produce un tratamiento dental?

1 2 3 4 5

¿Cuánto miedo al dentista tenían o tienen:

Su madre?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Su padre?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Hermanos o hermanas?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sus amigos de la infancia?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Coloque una marca sobre la línea para mostrar la intensidad del dolor que siente cada día.

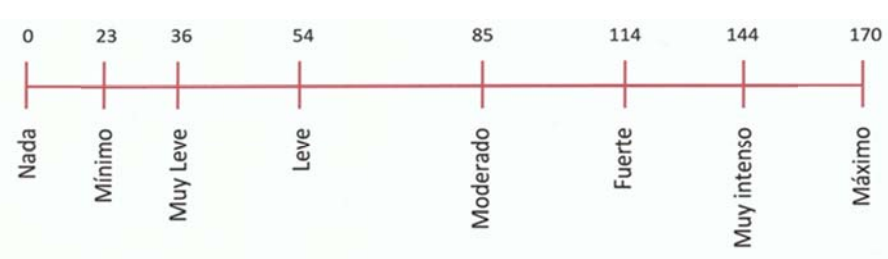
1º DÍA



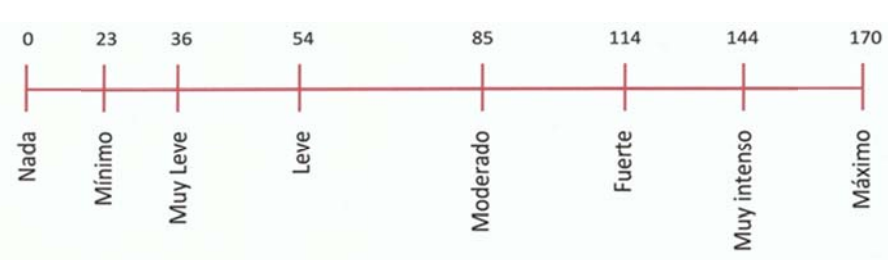
2º DÍA



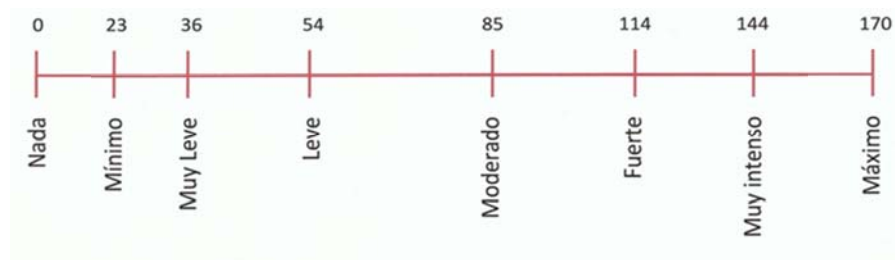
3º DÍA



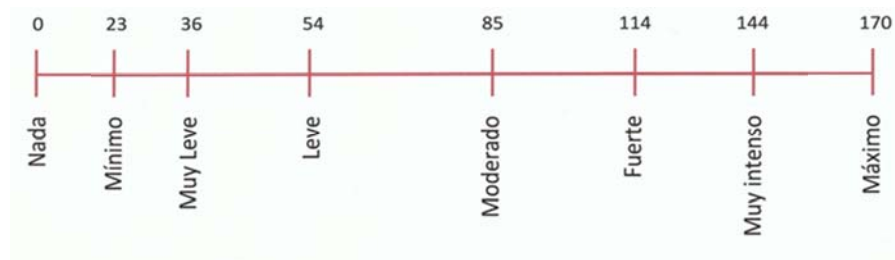
4º DÍA



5ºDÍA



6ºDÍA



7ºDÍA



NÚMERO DE ANALGÉSICOS (NOLOTIL®)

Ponga en número cuantos analgésicos ha tomado en el día

1ºDÍA	2ºDÍA	3ºDÍA	4ºDÍA	5ºDÍA	6ºDÍA	7ºDÍA

VIII.2 ANEXO II:

PELL-GREGORY Y DOLOR POSTOPERATORIO

Estadísticos descriptivos				
PELL-GREGORY		Media	Desviación típica	N
Dolor1	IA	83,25	40,850	12
	IIA	108,13	34,742	8
	IIB	107,90	43,600	10
	IIC	128,25	36,809	4
	IIIA	124,00	17,321	3
	IIIB	120,85	26,848	13
	IIIC	119,38	35,385	13
	Total	110,33	37,135	63
Dolor2	IA	65,75	32,566	12
	IIA	80,63	30,081	8
	IIB	99,90	41,273	10
	IIC	99,25	38,604	4
	IIIA	76,00	65,818	3
	IIIB	111,77	39,684	13
	IIIC	98,00	38,053	13
	Total	91,83	39,999	63
Dolor3	IA	55,50	37,120	12
	IIA	58,25	32,212	8
	IIB	75,90	43,720	10
	IIC	68,75	52,252	4
	IIIA	56,67	49,075	3
	IIIB	96,62	38,010	13
	IIIC	84,31	34,937	13
	Total	74,41	40,115	63
Dolor4	IA	36,42	23,933	12
	IIA	53,25	40,369	8
	IIB	64,60	40,426	10
	IIC	40,50	37,009	4
	IIIA	56,67	49,075	3
	IIIB	89,85	34,718	13
	IIIC	73,92	24,854	13
	Total	63,02	37,146	63
Dolor5	IA	29,75	25,485	12

	IIA	37,38	43,128	8
	IIB	53,60	35,028	10
	IIC	19,25	25,578	4
	IIIA	30,00	27,495	3
	IIIB	81,23	42,750	13
	IIIC	63,00	25,820	13
	Total	51,33	38,245	63
Dolor6	IA	19,67	20,455	12
	IIA	32,25	44,281	8
	IIB	35,70	23,618	10
	IIC	13,50	27,000	4
	IIIA	19,67	18,230	3
	IIIB	68,85	43,594	13
	IIIC	52,23	25,262	13
	Total	40,29	35,718	63
Dolor7	IA	14,08	17,005	12
	IIA	21,25	39,347	8
	IIB	22,80	15,591	10
	IIC	9,00	18,000	4
	IIIA	,00	,000	3
	IIIB	55,92	36,707	13
	IIIC	35,77	24,091	13
	Total	28,49	30,578	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,870	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
	Lambda de Wilks	,130	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
	Traza de Hotelling	6,680	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
	Raíz mayor de Roy	6,680	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
tiempo * PELLGREGORY	Traza de Pillai	,610	1,056	36,000	336,000	,387
	Lambda de Wilks	,501	1,074	36,000	226,718	,365
	Traza de Hotelling	,792	1,086	36,000	296,000	,345
	Raíz mayor de Roy	,427	3,989 ^b	6,000	56,000	,002

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,870	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
	Lambda de Wilks	,130	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
	Traza de Hotelling	6,680	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
	Raíz mayor de Roy	6,680	56,778 ^a	6,000	51,000	,000
tiempo * PELLGREGORY	Traza de Pillai	,610	1,056	36,000	336,000	,387
	Lambda de Wilks	,501	1,074	36,000	226,718	,365
	Traza de Hotelling	,792	1,086	36,000	296,000	,345
	Raíz mayor de Roy	,427	3,989 ^b	6,000	56,000	,002

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + PELLGREGORY

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,050	160,987	20	,000	,459	,536	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + PELLGREGORY

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	285105,861	6	47517,644	114,761	,000
	Greenhouse-Geisser	285105,861	2,752	103593,776	114,761	,000
	Huynh-Feldt	285105,861	3,219	88579,631	114,761	,000
	Límite-inferior	285105,861	1,000	285105,861	114,761	,000
tiempo * PELLGREGORY	Esfericidad asumida	19761,488	36	548,930	1,326	,107
	Greenhouse-Geisser	19761,488	16,513	1196,729	1,326	,186
	Huynh-Feldt	19761,488	19,312	1023,284	1,326	,170
	Límite-inferior	19761,488	6,000	3293,581	1,326	,261
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	139123,696	336	414,059		
	Greenhouse-Geisser	139123,696	154,121	902,694		
	Huynh-Feldt	139123,696	180,244	771,864		
	Límite-inferior	139123,696	56,000	2484,352		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	tiempo					
	Nivel 1 respecto a nivel 2	24627,058	1	24627,058	32,535	,000
	Nivel 2 respecto a nivel 3	17510,358	1	17510,358	42,464	,000
	Nivel 3 respecto a nivel 4	6242,457	1	6242,457	13,065	,001
	Nivel 4 respecto a nivel 5	9756,315	1	9756,315	33,895	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	5006,034	1	5006,034	13,195	,001
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6594,608	1	6594,608	32,653	,000
tiempo * PELLGREGORY	Nivel 1 respecto a nivel 2	6076,746	6	1012,791	1,338	,256
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2189,017	6	364,836	,885	,512

	Nivel 3 respecto a nivel 4	2853,928	6	475,655	,995	,437
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1616,692	6	269,449	,936	,477
	Nivel 5 respecto a nivel 6	899,364	6	149,894	,395	,879
	Nivel 6 respecto a nivel 7	1178,680	6	196,447	,973	,452
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	42389,000	56	756,946		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	23092,253	56	412,362		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	26757,151	56	477,806		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	16118,958	56	287,839		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	21245,493	56	379,384		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	11309,637	56	201,958		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	181479,499	1	181479,499	218,697	,000
PELLGREGORY	16227,757	6	2704,626	3,259	,008
Error	46470,065	56	829,823		

Pruebas post hoc: PELL-GREGORY

Comparaciones múltiples

MEASURE_1

Bonferroni

(I)PELL-GREGORY (J)PELL-GREGORY		Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
IA	IIA	-12,39	13,148	1,000	-54,24	29,46
	IIB	-22,28	12,334	1,000	-61,54	16,97
	IIC	-10,58	16,632	1,000	-63,52	42,35
	IIIA	-8,37	18,595	1,000	-67,55	50,81
	IIIB	-45,81 [*]	11,532	,004	-82,51	-9,10
	IIIC	-31,74	11,532	,167	-68,45	4,96
IIA	IA	12,39	13,148	1,000	-29,46	54,24
	IIB	-9,90	13,664	1,000	-53,39	33,59
	IIC	1,80	17,640	1,000	-54,34	57,95
	IIIA	4,02	19,502	1,000	-58,05	66,09
	IIIB	-33,42	12,945	,262	-74,62	7,78
	IIIC	-19,36	12,945	1,000	-60,56	21,84
IIB	IA	22,28	12,334	1,000	-16,97	61,54
	IIA	9,90	13,664	1,000	-33,59	53,39
	IIC	11,70	17,042	1,000	-42,54	65,94
	IIIA	13,91	18,963	1,000	-46,44	74,27
	IIIB	-23,53	12,117	1,000	-62,09	15,04
	IIIC	-9,46	12,117	1,000	-48,02	29,11
IIC	IA	10,58	16,632	1,000	-42,35	63,52
	IIA	-1,80	17,640	1,000	-57,95	54,34
	IIB	-11,70	17,042	1,000	-65,94	42,54
	IIIA	2,21	22,001	1,000	-67,81	72,24
	IIIB	-35,23	16,471	,774	-87,65	17,20
	IIIC	-21,16	16,471	1,000	-73,58	31,26
IIIA	IA	8,37	18,595	1,000	-50,81	67,55
	IIA	-4,02	19,502	1,000	-66,09	58,05
	IIB	-13,91	18,963	1,000	-74,27	46,44
	IIC	-2,21	22,001	1,000	-72,24	67,81
	IIIB	-37,44	18,451	,991	-96,17	21,29
	IIIC	-23,37	18,451	1,000	-82,10	35,35
IIIB	IA	45,81 [*]	11,532	,004	9,10	82,51
	IIA	33,42	12,945	,262	-7,78	74,62
	IIB	23,53	12,117	1,000	-15,04	62,09

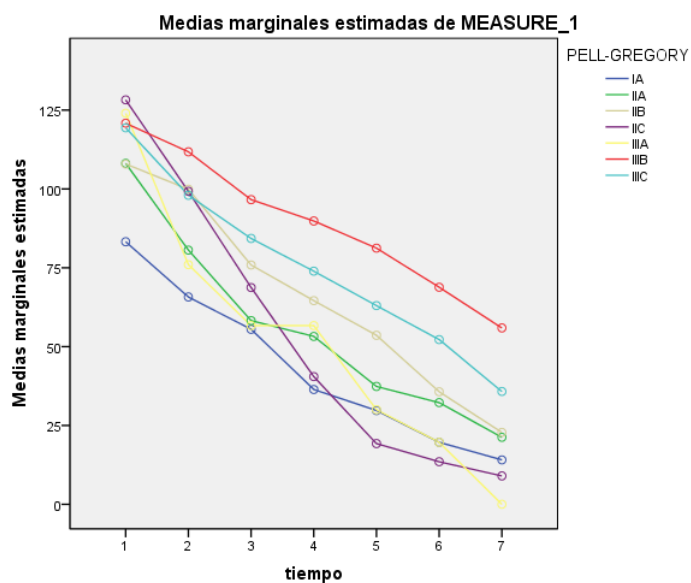
	IIC	35,23	16,471	,774	-17,20	87,65
	IIIA	37,44	18,451	,991	-21,29	96,17
	IIIC	14,07	11,299	1,000	-21,90	50,03
IIIC	IA	31,74	11,532	,167	-4,96	68,45
	IIA	19,36	12,945	1,000	-21,84	60,56
	IIB	9,46	12,117	1,000	-29,11	48,02
	IIC	21,16	16,471	1,000	-31,26	73,58
	IIIA	23,37	18,451	1,000	-35,35	82,10
	IIIB	-14,07	11,299	1,000	-50,03	21,90

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = 829,823.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Gráficos de perfil



PELL-GREGORY Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Estadísticos descriptivos

PELL-GREGORY		Media	Desviación típica	N
Analgesico1	IA	1,00	,953	12
	IIA	1,13	,991	8
	IIB	1,90	1,101	10
	IIC	1,00	,000	4
	IIIA	2,00	1,000	3
	IIIB	1,85	1,144	13
	IIIC	1,23	1,235	13
	Total	1,43	1,088	63
Analgesico2	IA	,75	1,055	12
	IIA	,63	,916	8
	IIB	2,00	1,155	10
	IIC	,50	1,000	4
	IIIA	1,00	1,000	3
	IIIB	2,31	,947	13
	IIIC	1,46	1,330	13
	Total	1,40	1,238	63
Analgesico3	IA	,67	1,073	12
	IIA	,63	,744	8
	IIB	1,70	1,252	10
	IIC	,50	1,000	4
	IIIA	,33	,577	3
	IIIB	2,08	,954	13
	IIIC	1,00	1,080	13
	Total	1,16	1,153	63
Analgesico4	IA	,50	1,000	12
	IIA	,13	,354	8
	IIB	1,10	,994	10
	IIC	,25	,500	4
	IIIA	,00	,000	3
	IIIB	1,62	1,193	13
	IIIC	,62	,961	13
	Total	,76	1,043	63
Analgesico5	IA	,25	,866	12
	IIA	,25	,463	8
	IIB	1,00	1,054	10

	IIC	,00	,000	4
	IIIA	,00	,000	3
	IIIB	,92	1,115	13
	IIIC	,46	,877	13
	Total	,52	,913	63
Analgesico6	IA	,25	,866	12
	IIA	,25	,707	8
	IIB	,50	,707	10
	IIC	,00	,000	4
	IIIA	,00	,000	3
	IIIB	,85	1,214	13
	IIIC	,23	,599	13
	Total	,38	,831	63
Analgesico7	IA	,25	,866	12
	IIA	,13	,354	8
	IIB	,10	,316	10
	IIC	,00	,000	4
	IIIA	,00	,000	3
	IIIB	,77	1,166	13
	IIIC	,08	,277	13
	Total	,25	,718	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,571	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
	Lambda de Wilks	,429	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
	Traza de Hotelling	1,332	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
	Raíz mayor de Roy	1,332	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
tiempo * PELLGREGORY	Traza de Pillai	,705	1,243	36,000	336,000	,166
	Lambda de Wilks	,445	1,275	36,000	226,718	,148
	Traza de Hotelling	,940	1,289	36,000	296,000	,133
	Raíz mayor de Roy	,489	4,561 ^b	6,000	56,000	,001

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,571	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
	Lambda de Wilks	,429	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
	Traza de Hotelling	1,332	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
	Raíz mayor de Roy	1,332	11,318 ^a	6,000	51,000	,000
tiempo * PELLGREGORY	Traza de Pillai	,705	1,243	36,000	336,000	,166
	Lambda de Wilks	,445	1,275	36,000	226,718	,148
	Traza de Hotelling	,940	1,289	36,000	296,000	,133
	Raíz mayor de Roy	,489	4,561 ^b	6,000	56,000	,001

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + PELLGREGORY

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,025	197,397	20	,000	,460	,538	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + PELLGREGORY

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	66,883	6	11,147	28,827	,000
	Greenhouse-Geisser	66,883	2,759	24,240	28,827	,000
	Huynh-Feldt	66,883	3,227	20,723	28,827	,000
	Límite-inferior	66,883	1,000	66,883	28,827	,000
tiempo * PELLGREGORY	Esfericidad asumida	21,013	36	,584	1,509	,035
	Greenhouse-Geisser	21,013	16,555	1,269	1,509	,100
	Huynh-Feldt	21,013	19,364	1,085	1,509	,085
	Límite-inferior	21,013	6,000	3,502	1,509	,192
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	129,926	336	,387		
	Greenhouse-Geisser	129,926	154,514	,841		
	Huynh-Feldt	129,926	180,734	,719		
	Límite-inferior	129,926	56,000	2,320		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	tiempo					
	Nivel 1 respecto a nivel 2	2,032	1	2,032	2,730	,104
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2,903	1	2,903	8,459	,005
	Nivel 3 respecto a nivel 4	6,953	1	6,953	19,673	,000
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1,669	1	1,669	4,023	,050
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,624	1	,624	2,979	,090
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,546	1	,546	5,194	,026
tiempo * PELLGREGORY	Nivel 1 respecto a nivel 2	10,248	6	1,708	2,294	,047
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2,207	6	,368	1,072	,391

	Nivel 3 respecto a nivel 4	1,288	6	,215	,608	,723
	Nivel 4 respecto a nivel 5	4,192	6	,699	1,684	,142
	Nivel 5 respecto a nivel 6	1,984	6	,331	1,578	,171
	Nivel 6 respecto a nivel 7	1,094	6	,182	1,733	,130
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	41,688	56	,744		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	19,222	56	,343		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	19,791	56	,353		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	23,237	56	,415		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	11,731	56	,209		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	5,890	56	,105		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	25,490	1	25,490	45,565	,000
PELLGREGORY	10,661	6	1,777	3,176	,009
Error	31,328	56	,559		

Pruebas post hoc: PELL-GREGORY

Comparaciones múltiples

MEASURE_1

Bonferroni

		Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
(I)PELL-GREGORY	(J)PELL-GREGORY				Límite inferior	Límite superior
IA	IIA	,08	,341	1,000	-1,01	1,16
	IIB	-,66	,320	,911	-1,68	,36
	IIC	,20	,432	1,000	-1,17	1,58
	IIIA	,05	,483	1,000	-1,49	1,58
	IIIB	-,96 ⁺	,299	,047	-1,91	-,01
	IIIC	-,20	,299	1,000	-1,15	,75
IIA	IA	-,08	,341	1,000	-1,16	1,01
	IIB	-,74	,355	,877	-1,87	,39
	IIC	,13	,458	1,000	-1,33	1,58
	IIIA	-,03	,506	1,000	-1,64	1,58
	IIIB	-1,04	,336	,066	-2,11	,03
	IIIC	-,28	,336	1,000	-1,35	,79
IIB	IA	,66	,320	,911	-,36	1,68
	IIA	,74	,355	,877	-,39	1,87
	IIC	,86	,442	1,000	-,54	2,27
	IIIA	,71	,492	1,000	-,86	2,28
	IIIB	-,30	,315	1,000	-1,30	,70
	IIIC	,46	,315	1,000	-,54	1,46
IIC	IA	-,20	,432	1,000	-1,58	1,17
	IIA	-,13	,458	1,000	-1,58	1,33
	IIB	-,86	,442	1,000	-2,27	,54
	IIIA	-,15	,571	1,000	-1,97	1,66
	IIIB	-1,16	,428	,184	-2,52	,20
	IIIC	-,40	,428	1,000	-1,76	,96
IIIA	IA	-,05	,483	1,000	-1,58	1,49
	IIA	,03	,506	1,000	-1,58	1,64
	IIB	-,71	,492	1,000	-2,28	,86
	IIC	,15	,571	1,000	-1,66	1,97
	IIIB	-1,01	,479	,840	-2,53	,52
	IIIC	-,25	,479	1,000	-1,77	1,28
IIIB	IA	,96 ⁺	,299	,047	,01	1,91

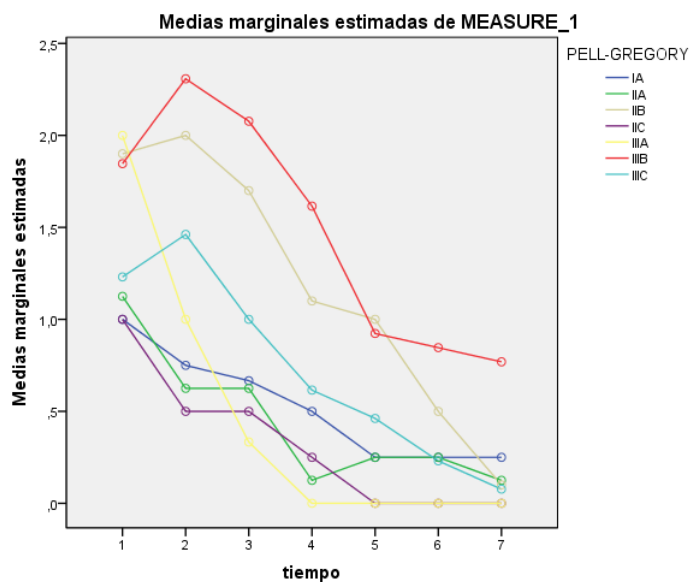
	IIA	1,04	,336	,066	-,03	2,11
	IIB	,30	,315	1,000	-,70	1,30
	IIC	1,16	,428	,184	-,20	2,52
	IIIA	1,01	,479	,840	-,52	2,53
	IIIC	,76	,293	,260	-,18	1,69
IIIC	IA	,20	,299	1,000	-,75	1,15
	IIA	,28	,336	1,000	-,79	1,35
	IIB	-,46	,315	1,000	-1,46	,54
	IIC	,40	,428	1,000	-,96	1,76
	IIIA	,25	,479	1,000	-1,28	1,77
	IIIB	-,76	,293	,260	-1,69	,18

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,559.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Gráficos de perfil



WINTER Y DOLOR POSTOPERATORIO

Estadísticos descriptivos				
WINTER		Media	Desviación típica	N
Dolor1	DA	128,50	30,052	6
	LA	110,00	20,290	7
	MA	118,04	38,766	23
	V	104,05	38,266	20
	VA	87,71	40,648	7
	Total	110,33	37,135	63
Dolor2	DA	124,00	15,492	6
	LA	80,00	32,435	7
	MA	92,52	44,296	23
	V	87,70	38,038	20
	VA	85,57	46,918	7
	Total	91,83	39,999	63
Dolor3	DA	104,50	24,006	6
	LA	60,29	18,117	7
	MA	75,61	43,045	23
	V	69,75	40,802	20
	VA	72,14	50,324	7
	Total	74,41	40,115	63
Dolor4	DA	104,50	24,006	6
	LA	43,71	20,320	7
	MA	65,78	33,258	23
	V	56,50	41,003	20
	VA	56,29	40,082	7
	Total	63,02	37,146	63
Dolor5	DA	79,50	22,722	6
	LA	27,86	16,648	7
	MA	56,13	33,184	23
	V	46,30	47,929	20
	VA	49,29	38,478	7
	Total	51,33	38,245	63
Dolor6	DA	63,50	24,452	6
	LA	17,57	19,756	7
	MA	48,26	33,370	23
	V	34,25	42,309	20

	VA	34,14	31,504	7
	Total	40,29	35,718	63
Dolor7	DA	49,33	32,727	6
	LA	8,43	14,876	7
	MA	33,43	30,888	23
	V	25,60	33,814	20
	VA	22,71	19,094	7
	Total	28,49	30,578	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,813	38,401 ^a	6,000	53,000	,000
	Lambda de Wilks	,187	38,401 ^a	6,000	53,000	,000
	Traza de Hotelling	4,347	38,401 ^a	6,000	53,000	,000
	Raíz mayor de Roy	4,347	38,401 ^a	6,000	53,000	,000
tiempo * WINTER	Traza de Pillai	,339	,864	24,000	224,000	,651
	Lambda de Wilks	,695	,853	24,000	186,105	,665
	Traza de Hotelling	,392	,841	24,000	206,000	,681
	Raíz mayor de Roy	,208	1,943 ^b	6,000	56,000	,090

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + WINTER

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,043	174,907	20	,000	,446	,502	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,043	174,907	20	,000	,446	,502	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + WINTER

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	235833,817	6	39305,636	90,912	,000
	Greenhouse-Geisser	235833,817	2,676	88129,085	90,912	,000
	Huynh-Feldt	235833,817	3,011	78320,452	90,912	,000
	Límite-inferior	235833,817	1,000	235833,817	90,912	,000
tiempo * WINTER	Esfericidad asumida	8428,776	24	351,199	,812	,721
	Greenhouse-Geisser	8428,776	10,704	787,440	,812	,625
	Huynh-Feldt	8428,776	12,045	699,800	,812	,638
	Límite-inferior	8428,776	4,000	2107,194	,812	,522
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	150456,407	348	432,346		
	Greenhouse-Geisser	150456,407	155,208	969,384		
	Huynh-Feldt	150456,407	174,646	861,493		
	Límite-inferior	150456,407	58,000	2594,076		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	11293,282	1	11293,282	15,140	,000
	Nivel 2 respecto a nivel 3	14027,944	1	14027,944	32,421	,000
	Nivel 3 respecto a nivel 4	5643,886	1	5643,886	11,535	,001
	Nivel 4 respecto a nivel 5	8398,780	1	8398,780	29,964	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	6894,807	1	6894,807	18,493	,000
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6208,361	1	6208,361	30,019	,000
tiempo * WINTER	Nivel 1 respecto a nivel 2	5201,100	4	1300,275	1,743	,153
	Nivel 2 respecto a nivel 3	185,851	4	46,463	,107	,979
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1231,454	4	307,863	,629	,644
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1478,376	4	369,594	1,319	,274
	Nivel 5 respecto a nivel 6	521,013	4	130,253	,349	,843
	Nivel 6 respecto a nivel 7	493,058	4	123,265	,596	,667
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	43264,646	58	745,942		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	25095,419	58	432,680		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	28379,626	58	489,304		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	16257,275	58	280,298		

Nivel 5 respecto a nivel 6	21623,844	58	372,825		
Nivel 6 respecto a nivel 7	11995,259	58	206,815		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	201837,211	1	201837,211	212,957	,000
WINTER	7726,373	4	1931,593	2,038	,101
Error	54971,449	58	947,784		

Pruebas post hoc: WINTER

Comparaciones múltiples

MEASURE_1

Bonferroni

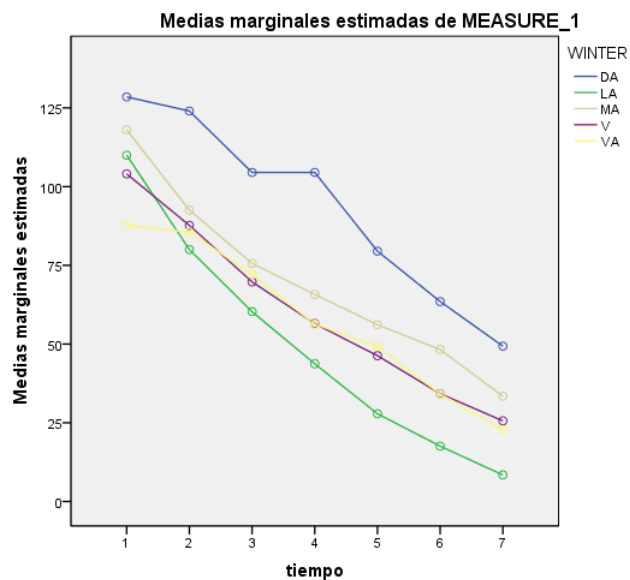
(I) WINTER	(J) WINTER	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
DA	LA	43,71	17,128	,134	-6,27	93,70
	MA	23,44	14,113	1,000	-17,75	64,62
	V	32,81	14,330	,257	-9,01	74,63
	VA	35,14	17,128	,447	-14,85	85,13
LA	DA	-43,71	17,128	,134	-93,70	6,27
	MA	-20,28	13,289	1,000	-59,06	18,51
	V	-10,90	13,520	1,000	-50,36	28,56
	VA	-8,57	16,456	1,000	-56,60	39,45
MA	DA	-23,44	14,113	1,000	-64,62	17,75
	LA	20,28	13,289	1,000	-18,51	59,06
	V	9,38	9,413	1,000	-18,09	36,85
	VA	11,70	13,289	1,000	-27,08	50,49
V	DA	-32,81	14,330	,257	-74,63	9,01
	LA	10,90	13,520	1,000	-28,56	50,36

	MA	-9,38	9,413	1,000	-36,85	18,09
	VA	2,33	13,520	1,000	-37,13	41,78
VA	DA	-35,14	17,128	,447	-85,13	14,85
	LA	8,57	16,456	1,000	-39,45	56,60
	MA	-11,70	13,289	1,000	-50,49	27,08
	V	-2,33	13,520	1,000	-41,78	37,13

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = 947,784.

Gráficos de perfil



WINTER Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Estadísticos descriptivos				
	WINTER	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	DA	2,00	1,265	6
	LA	1,86	,900	7
	MA	1,22	,998	23
	V	1,55	1,234	20
	VA	,86	,690	7

	Total	1,43	1,088	63
Analgesico2	DA	2,17	,753	6
	LA	1,43	1,272	7
	MA	1,43	1,273	23
	V	1,10	1,373	20
	VA	1,43	,976	7
	Total	1,40	1,238	63
Analgesico3	DA	1,67	1,033	6
	LA	1,29	1,113	7
	MA	1,04	1,147	23
	V	1,05	1,317	20
	VA	1,29	,951	7
	Total	1,16	1,153	63
Analgesico4	DA	1,00	,894	6
	LA	,86	1,069	7
	MA	,78	1,085	23
	V	,60	1,142	20
	VA	,86	,900	7
	Total	,76	1,043	63
Analgesico5	DA	,50	,548	6
	LA	,29	,756	7
	MA	,57	,945	23
	V	,65	1,137	20
	VA	,29	,488	7
	Total	,52	,913	63
Analgesico6	DA	,17	,408	6
	LA	,14	,378	7
	MA	,35	,714	23
	V	,65	1,182	20
	VA	,14	,378	7
	Total	,38	,831	63
Analgesico7	DA	,00	,000	6
	LA	,00	,000	7
	MA	,17	,491	23
	V	,55	1,099	20
	VA	,14	,378	7
	Total	,25	,718	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,600	13,227 ^a	6,000	53,000	,000
	Lambda de Wilks	,400	13,227 ^a	6,000	53,000	,000
	Traza de Hotelling	1,497	13,227 ^a	6,000	53,000	,000
	Raíz mayor de Roy	1,497	13,227 ^a	6,000	53,000	,000
tiempo * WINTER	Traza de Pillai	,496	1,321	24,000	224,000	,152
	Lambda de Wilks	,580	1,310	24,000	186,105	,162
	Traza de Hotelling	,601	1,290	24,000	206,000	,173
	Raíz mayor de Roy	,304	2,836 ^b	6,000	56,000	,018

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + WINTER

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,030	196,374	20	,000	,480	,543	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + WINTER

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	89,532	6	14,922	39,210	,000
	Greenhouse-Geisser	89,532	2,882	31,070	39,210	,000
	Huynh-Feldt	89,532	3,257	27,485	39,210	,000
	Límite-inferior	89,532	1,000	89,532	39,210	,000
tiempo * WINTER	Esfericidad asumida	18,503	24	,771	2,026	,003
	Greenhouse-Geisser	18,503	11,527	1,605	2,026	,027
	Huynh-Feldt	18,503	13,030	1,420	2,026	,021
	Límite-inferior	18,503	4,000	4,626	2,026	,103
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	132,436	348	,381		
	Greenhouse-Geisser	132,436	167,137	,792		
	Huynh-Feldt	132,436	188,932	,701		
	Límite-inferior	132,436	58,000	2,283		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,011	1	,011	,015	,904
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2,758	1	2,758	8,144	,006
	Nivel 3 respecto a nivel 4	9,148	1	9,148	26,337	,000
	Nivel 4 respecto a nivel 5	6,003	1	6,003	14,635	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	1,282	1	1,282	5,736	,020

	Nivel 6 respecto a nivel 7	,624	1	,624	5,323	,025
tiempo * WINTER	Nivel 1 respecto a nivel 2	8,812	4	2,203	2,963	,027
	Nivel 2 respecto a nivel 3	1,786	4	,447	1,318	,274
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,933	4	,233	,671	,615
	Nivel 4 respecto a nivel 5	3,637	4	,909	2,217	,078
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,754	4	,188	,843	,504
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,189	4	,047	,404	,805
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	43,125	58	,744		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	19,643	58	,339		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	20,147	58	,347		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	23,792	58	,410		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	12,961	58	,223		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6,795	58	,117		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	33,811	1	33,811	47,276	,000
WINTER	,508	4	,127	,177	,949
Error	41,481	58	,715		

Pruebas post hoc: WINTER

Comparaciones múltiples

MEASURE_1

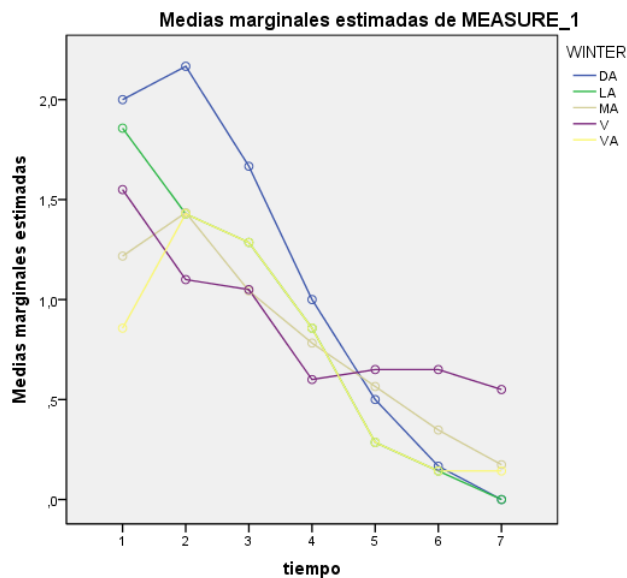
Bonferroni

(I)WINTER	(J)WINTER	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
DA	LA	,23	,470	1,000	-1,14	1,61
	MA	,28	,388	1,000	-,85	1,41
	V	,19	,394	1,000	-,96	1,34
	VA	,36	,470	1,000	-1,02	1,73
LA	DA	-,23	,470	1,000	-1,61	1,14
	MA	,04	,365	1,000	-1,02	1,11
	V	-,04	,371	1,000	-1,13	1,04
	VA	,12	,452	1,000	-1,20	1,44
MA	DA	-,28	,388	1,000	-1,41	,85
	LA	-,04	,365	1,000	-1,11	1,02
	V	-,08	,259	1,000	-,84	,67
	VA	,08	,365	1,000	-,98	1,15
V	DA	-,19	,394	1,000	-1,34	,96
	LA	,04	,371	1,000	-1,04	1,13
	MA	,08	,259	1,000	-,67	,84
	VA	,16	,371	1,000	-,92	1,25
VA	DA	-,36	,470	1,000	-1,73	1,02
	LA	-,12	,452	1,000	-1,44	1,20
	MA	-,08	,365	1,000	-1,15	,98
	V	-,16	,371	1,000	-1,25	,92

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,715.

Gráficos de perfil



WINTER = MA

Estadísticos descriptivos ^a			
	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	,50	,707	2
Analgesico2	,00	,000	2
Analgesico3	,00	,000	2
Analgesico4	,00	,000	2
Analgesico5	,00	,000	2
Analgesico6	,00	,000	2
Analgesico7	,00	,000	2

a. WINTER = MA

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. WINTER = MA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,000	.	20	.	,167	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. WINTER = MA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo Esfericidad asumida	,429	6	,071	1,000	,500
Greenhouse-Geisser	,429	1,000	,429	1,000	,500
Huynh-Feldt	,429	.	.	.	.
Límite-inferior	,429	1,000	,429	1,000	,500

Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,429	6	,071		
	Greenhouse-Geisser	,429	1,000	,429		
	Huynh-Feldt	,429				
	Límite-inferior	,429	1,000	,429		

a. WINTER = MA

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen tiempo		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500	1,000	,500
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000		
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000		

a. WINTER = MA

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

	Suma de cuadrados tipo				
Origen	III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,010	1	,010	1,000	,500
Error	,010	1	,010		

a. WINTER = MA

WINTER = VA

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,00	.	1
Analgesico2	2,00	.	1
Analgesico3	2,00	.	1
Analgesico4	1,00	.	1
Analgesico5	,00	.	1
Analgesico6	,00	.	1
Analgesico7	,00	.	1

a. WINTER = VA

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	GI de la hipótesis	GI del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. WINTER = VA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	.	.	20	.	.	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. WINTER = VA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo Esfericidad asumida	4,857	6	,810	.	.
Greenhouse-Geisser	4,857	.	.	.	.
Huynh-Feldt	4,857	.	.	.	.
Límite-inferior	4,857	1,000	4,857	.	.

Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,000	0	.		
	Greenhouse-Geisser	,000	.	.		
	Huynh-Feldt	,000	.	.		
	Límite-inferior	,000	,000	.		

a. WINTER = VA

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen tiempo		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	1,000	1	1,000	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1,000	1	1,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1,000	1	1,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0	.	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0	.	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0	.	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0	.	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0	.	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0	.	.	.

a. WINTER = VA

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,735	1	,735	.	.
Error	,000	0	.	.	.

a. WINTER = VA

WINTER = V

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,00	,000	2
Analgesico2	,50	,707	2
Analgesico3	1,00	,000	2
Analgesico4	,00	,000	2
Analgesico5	,00	,000	2
Analgesico6	,00	,000	2
Analgesico7	,00	,000	2

a. WINTER = V

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. WINTER = V

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,000	.	20	.	,167	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. WINTER = V

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo Esfericidad asumida	2,714	6	,452	6,333	,020
Greenhouse-Geisser	2,714	1,000	2,714	6,333	,241
Huynh-Feldt	2,714	.	.	.	.
Límite-inferior	2,714	1,000	2,714	6,333	,241

Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,429	6	,071		
	Greenhouse-Geisser	,429	1,000	,429		
	Huynh-Feldt	,429				
	Límite-inferior	,429	1,000	,429		

a. WINTER = V

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen tiempo		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500	1,000	,500
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,500	1	,500	1,000	,500
	Nivel 3 respecto a nivel 4	2,000	1	2,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000		
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,500	1	,500		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000		

a. WINTER = V

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

	Suma de cuadrados tipo				
Origen	III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,255	1	,255	25,000	,126
Error	,010	1	,010		

a. WINTER = V

WINTER = LA

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,00	.	1
Analgesico2	1,00	.	1
Analgesico3	1,00	.	1
Analgesico4	,00	.	1
Analgesico5	,00	.	1
Analgesico6	,00	.	1
Analgesico7	,00	.	1

a. WINTER = LA

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. WINTER = LA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	.	.	20	.	.	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. WINTER = LA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	1,714	6	,286	.	.
	Greenhouse-Geisser	1,714	.	.	.	.
	Huynh-Feldt	1,714	.	.	.	.
	Límite-inferior	1,714	1,000	1,714	.	.
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.
	Greenhouse-Geisser	,000	.	.	.	.
	Huynh-Feldt	,000	.	.	.	.
	Límite-inferior	,000	,000	.	.	.

a. WINTER = LA

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	1	,000		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1,000	1	1,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000		
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0			
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0			
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0			
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0			
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0			
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0			

a. WINTER = LA

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,184	1	,184		
Error	,000	0			

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,184	1	,184	.	.
Error	,000	0	.	.	.

a. WINTER = LA

WINTER = DA

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,00	,000	2
Analgesico2	1,50	,707	2
Analgesico3	1,50	,707	2
Analgesico4	1,00	1,414	2
Analgesico5	1,00	,000	2
Analgesico6	,50	,707	2
Analgesico7	,00	,000	2

a. WINTER = DA

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. WINTER = DA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,000	.	20	.	,167	,000	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. WINTER = DA

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo Esfericidad asumida	3,429	6	,571	2,000	,210
Greenhouse-Geisser	3,429	1,000	3,429	2,000	,392
Huynh-Feldt	3,429	,000	.	.	.
Límite-inferior	3,429	1,000	3,429	2,000	,392

Error(tiempo)	Esfericidad asumida	1,714	6	,286		
	Greenhouse-Geisser	1,714	1,000	1,714		
	Huynh-Feldt	1,714	,000			
	Límite-inferior	1,714	1,000	1,714		

a. WINTER = DA

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen tiempo		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500	1,000	,500
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,500	1	,500	1,000	,500
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	,000	1,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,500	1	,500	1,000	,500
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,500	1	,500	1,000	,500
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,500	1	,500		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	2,000	1	2,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,500	1	,500		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,500	1	,500		

a. WINTER = DA

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

	Suma de cuadrados tipo				
Origen	III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	1,724	1	1,724	6,760	,234
Error	,255	1	,255		

a. WINTER = DA

ANOVA de un factor

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Analgesico1	DA	6	2,00	1,265	,516	,67	3,33	1	4
	LA	7	1,86	,900	,340	1,03	2,69	1	3
	MA	23	1,22	,998	,208	,79	1,65	0	4
	V	20	1,55	1,234	,276	,97	2,13	0	4
	VA	7	,86	,690	,261	,22	1,50	0	2
	Total	63	1,43	1,088	,137	1,15	1,70	0	4
Analgesico2	DA	6	2,17	,753	,307	1,38	2,96	1	3
	LA	7	1,43	1,272	,481	,25	2,61	0	3
	MA	23	1,43	1,273	,265	,88	1,99	0	3
	V	20	1,10	1,373	,307	,46	1,74	0	4
	VA	7	1,43	,976	,369	,53	2,33	0	2
	Total	63	1,40	1,238	,156	1,08	1,71	0	4
Analgesico3	DA	6	1,67	1,033	,422	,58	2,75	0	3
	LA	7	1,29	1,113	,421	,26	2,31	0	3
	MA	23	1,04	1,147	,239	,55	1,54	0	3
	V	20	1,05	1,317	,294	,43	1,67	0	4
	VA	7	1,29	,951	,360	,41	2,17	0	2
	Total	63	1,16	1,153	,145	,87	1,45	0	4
Analgesico4	DA	6	1,00	,894	,365	,06	1,94	0	2

	LA	7	,86	1,069	,404	-,13	1,85	0	2
	MA	23	,78	1,085	,226	,31	1,25	0	3
	V	20	,60	1,142	,255	,07	1,13	0	3
	VA	7	,86	,900	,340	,03	1,69	0	2
	Total	63	,76	1,043	,131	,50	1,02	0	3
Analgesico5	DA	6	,50	,548	,224	-,07	1,07	0	1
	LA	7	,29	,756	,286	-,41	,98	0	2
	MA	23	,57	,945	,197	,16	,97	0	3
	V	20	,65	1,137	,254	,12	1,18	0	3
	VA	7	,29	,488	,184	-,17	,74	0	1
	Total	63	,52	,913	,115	,29	,75	0	3
Analgesico6	DA	6	,17	,408	,167	-,26	,60	0	1
	LA	7	,14	,378	,143	-,21	,49	0	1
	MA	23	,35	,714	,149	,04	,66	0	2
	V	20	,65	1,182	,264	,10	1,20	0	3
	VA	7	,14	,378	,143	-,21	,49	0	1
	Total	63	,38	,831	,105	,17	,59	0	3
Analgesico7	DA	6	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	LA	7	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	MA	23	,17	,491	,102	-,04	,39	0	2
	V	20	,55	1,099	,246	,04	1,06	0	3
	VA	7	,14	,378	,143	-,21	,49	0	1
	Total	63	,25	,718	,090	,07	,43	0	3

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Analgesico1	Inter-grupos	6,851	4	1,713	1,492	,216
	Intra-grupos	66,577	58	1,148		
	Total	73,429	62			
Analgesico2	Inter-grupos	5,365	4	1,341	,867	,489
	Intra-grupos	89,714	58	1,547		
	Total	95,079	62			
Analgesico3	Inter-grupos	2,316	4	,579	,419	,794
	Intra-grupos	80,097	58	1,381		
	Total	82,413	62			
Analgesico4	Inter-grupos	1,001	4	,250	,219	,927
	Intra-grupos	66,427	58	1,145		
	Total	67,429	62			

Analgesico5	Inter-grupos	1,155	4	,289	,331	,856
	Intra-grupos	50,559	58	,872		
	Total	51,714	62			
Analgesico6	Inter-grupos	2,542	4	,636	,914	,462
	Intra-grupos	40,315	58	,695		
	Total	42,857	62			
Analgesico7	Inter-grupos	2,825	4	,706	1,407	,243
	Intra-grupos	29,111	58	,502		
	Total	31,937	62			

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Bonferroni

Variable dependiente (J)			Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Analgesico1	DA	LA	,143	,596	1,000	-1,60	1,88
		MA	,783	,491	1,000	-,65	2,22
		V	,450	,499	1,000	-1,01	1,91
		VA	1,143	,596	,601	-,60	2,88
	LA	DA	-,143	,596	1,000	-1,88	1,60
		MA	,640	,462	1,000	-,71	1,99
		V	,307	,471	1,000	-1,07	1,68
		VA	1,000	,573	,861	-,67	2,67
	MA	DA	-,783	,491	1,000	-2,22	,65
		LA	-,640	,462	1,000	-1,99	,71
		V	-,333	,328	1,000	-1,29	,62
		VA	,360	,462	1,000	-,99	1,71
	V	DA	-,450	,499	1,000	-1,91	1,01
		LA	-,307	,471	1,000	-1,68	1,07
		MA	,333	,328	1,000	-,62	1,29
		VA	,693	,471	1,000	-,68	2,07
	VA	DA	-1,143	,596	,601	-2,88	,60
		LA	-1,000	,573	,861	-2,67	,67
		MA	-,360	,462	1,000	-1,71	,99
		V	-,693	,471	1,000	-2,07	,68

Analgesico2	DA	LA	,738	,692	1,000	-1,28	2,76
		MA	,732	,570	1,000	-,93	2,40
		V	1,067	,579	,705	-,62	2,76
		VA	,738	,692	1,000	-1,28	2,76
	LA	DA	-,738	,692	1,000	-2,76	1,28
		MA	-,006	,537	1,000	-1,57	1,56
		V	,329	,546	1,000	-1,27	1,92
		VA	,000	,665	1,000	-1,94	1,94
	MA	DA	-,732	,570	1,000	-2,40	,93
		LA	,006	,537	1,000	-1,56	1,57
		V	,335	,380	1,000	-,77	1,44
		VA	,006	,537	1,000	-1,56	1,57
	V	DA	-1,067	,579	,705	-2,76	,62
		LA	-,329	,546	1,000	-1,92	1,27
		MA	-,335	,380	1,000	-1,44	,77
		VA	-,329	,546	1,000	-1,92	1,27
	VA	DA	-,738	,692	1,000	-2,76	1,28
		LA	,000	,665	1,000	-1,94	1,94
		MA	-,006	,537	1,000	-1,57	1,56
		V	,329	,546	1,000	-1,27	1,92
Analgesico3	DA	LA	,381	,654	1,000	-1,53	2,29
		MA	,623	,539	1,000	-,95	2,20
		V	,617	,547	1,000	-,98	2,21
		VA	,381	,654	1,000	-1,53	2,29
	LA	DA	-,381	,654	1,000	-2,29	1,53
		MA	,242	,507	1,000	-1,24	1,72
		V	,236	,516	1,000	-1,27	1,74
		VA	,000	,628	1,000	-1,83	1,83
	MA	DA	-,623	,539	1,000	-2,20	,95
		LA	-,242	,507	1,000	-1,72	1,24
		V	-,007	,359	1,000	-1,06	1,04
		VA	-,242	,507	1,000	-1,72	1,24
	V	DA	-,617	,547	1,000	-2,21	,98
		LA	-,236	,516	1,000	-1,74	1,27
		MA	,007	,359	1,000	-1,04	1,06
		VA	-,236	,516	1,000	-1,74	1,27
	VA	DA	-,381	,654	1,000	-2,29	1,53
		LA	,000	,628	1,000	-1,83	1,83
		MA	,242	,507	1,000	-1,24	1,72
		V	,236	,516	1,000	-1,27	1,74
Analgesico4	DA	LA	,143	,595	1,000	-1,59	1,88

		MA	,217	,491	1,000	-1,21	1,65
		V	,400	,498	1,000	-1,05	1,85
		VA	,143	,595	1,000	-1,59	1,88
	LA	DA	-,143	,595	1,000	-1,88	1,59
		MA	,075	,462	1,000	-1,27	1,42
		V	,257	,470	1,000	-1,11	1,63
		VA	,000	,572	1,000	-1,67	1,67
	MA	DA	-,217	,491	1,000	-1,65	1,21
		LA	-,075	,462	1,000	-1,42	1,27
		V	,183	,327	1,000	-,77	1,14
		VA	-,075	,462	1,000	-1,42	1,27
	V	DA	-,400	,498	1,000	-1,85	1,05
		LA	-,257	,470	1,000	-1,63	1,11
		MA	-,183	,327	1,000	-1,14	,77
		VA	-,257	,470	1,000	-1,63	1,11
	VA	DA	-,143	,595	1,000	-1,88	1,59
		LA	,000	,572	1,000	-1,67	1,67
		MA	,075	,462	1,000	-1,27	1,42
		V	,257	,470	1,000	-1,11	1,63
Analgesico5	DA	LA	,214	,519	1,000	-1,30	1,73
		MA	-,065	,428	1,000	-1,31	1,18
		V	-,150	,435	1,000	-1,42	1,12
		VA	,214	,519	1,000	-1,30	1,73
	LA	DA	-,214	,519	1,000	-1,73	1,30
		MA	-,280	,403	1,000	-1,46	,90
		V	-,364	,410	1,000	-1,56	,83
		VA	,000	,499	1,000	-1,46	1,46
	MA	DA	,065	,428	1,000	-1,18	1,31
		LA	,280	,403	1,000	-,90	1,46
		V	-,085	,285	1,000	-,92	,75
		VA	,280	,403	1,000	-,90	1,46
	V	DA	,150	,435	1,000	-1,12	1,42
		LA	,364	,410	1,000	-,83	1,56
		MA	,085	,285	1,000	-,75	,92
		VA	,364	,410	1,000	-,83	1,56
	VA	DA	-,214	,519	1,000	-1,73	1,30
		LA	,000	,499	1,000	-1,46	1,46
		MA	-,280	,403	1,000	-1,46	,90
		V	-,364	,410	1,000	-1,56	,83
Analgesico6	DA	LA	,024	,464	1,000	-1,33	1,38
		MA	-,181	,382	1,000	-1,30	,93

		V	- ,483	,388	1,000	-1,62	,65
		VA	,024	,464	1,000	-1,33	1,38
	LA	DA	- ,024	,464	1,000	-1,38	1,33
		MA	- ,205	,360	1,000	-1,26	,85
		V	- ,507	,366	1,000	-1,58	,56
		VA	,000	,446	1,000	-1,30	1,30
	MA	DA	,181	,382	1,000	-,93	1,30
		LA	,205	,360	1,000	-,85	1,26
		V	- ,302	,255	1,000	-1,05	,44
		VA	,205	,360	1,000	-,85	1,26
	V	DA	,483	,388	1,000	-,65	1,62
		LA	,507	,366	1,000	-,56	1,58
		MA	,302	,255	1,000	-,44	1,05
		VA	,507	,366	1,000	-,56	1,58
	VA	DA	- ,024	,464	1,000	-1,38	1,33
		LA	,000	,446	1,000	-1,30	1,30
		MA	- ,205	,360	1,000	-1,26	,85
		V	- ,507	,366	1,000	-1,58	,56
Analgesico7	DA	LA	,000	,394	1,000	-1,15	1,15
		MA	- ,174	,325	1,000	-1,12	,77
		V	- ,550	,330	1,000	-1,51	,41
		VA	- ,143	,394	1,000	-1,29	1,01
	LA	DA	,000	,394	1,000	-1,15	1,15
		MA	- ,174	,306	1,000	-1,07	,72
		V	- ,550	,311	,824	-1,46	,36
		VA	- ,143	,379	1,000	-1,25	,96
	MA	DA	,174	,325	1,000	-,77	1,12
		LA	,174	,306	1,000	-,72	1,07
		V	- ,376	,217	,878	-1,01	,26
		VA	,031	,306	1,000	-,86	,92
	V	DA	,550	,330	1,000	-,41	1,51
		LA	,550	,311	,824	-,36	1,46
		MA	,376	,217	,878	-,26	1,01
		VA	,407	,311	1,000	-,50	1,32
	VA	DA	,143	,394	1,000	-1,01	1,29
		LA	,143	,379	1,000	-,96	1,25
		MA	- ,031	,306	1,000	-,92	,86
		V	- ,407	,311	1,000	-1,32	,50

INDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA Y DOLOR POSTOPERATORIO

Estadísticos descriptivos

INDICE DIFICULTAD QUIRÚRGICA		Media	Desviación típica	N
Dolor1	Baja	80,78	51,807	9
	Media	117,20	31,950	45
	Alta	105,56	33,400	9
	Total	110,33	37,135	63
Dolor2	Baja	56,11	38,087	9
	Media	99,89	36,762	45
	Alta	87,22	41,121	9
	Total	91,83	39,999	63
Dolor3	Baja	46,56	42,893	9
	Media	79,11	37,539	45
	Alta	78,78	43,162	9
	Total	74,41	40,115	63
Dolor4	Baja	34,11	41,287	9
	Media	68,00	35,548	45
	Alta	67,00	30,684	9
	Total	63,02	37,146	63
Dolor5	Baja	29,78	41,575	9
	Media	55,09	37,515	45
	Alta	54,11	35,438	9
	Total	51,33	38,245	63
Dolor6	Baja	21,22	39,350	9
	Media	42,71	34,742	45
	Alta	47,22	34,702	9
	Total	40,29	35,718	63
Dolor7	Baja	12,00	28,412	9
	Media	30,96	28,928	45
	Alta	32,67	38,432	9
	Total	28,49	30,578	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,749	27,297 ^a	6,000	55,000	,000
	Lambda de Wilks	,251	27,297 ^a	6,000	55,000	,000
	Traza de Hotelling	2,978	27,297 ^a	6,000	55,000	,000
	Raíz mayor de Roy	2,978	27,297 ^a	6,000	55,000	,000
tiempo * INDICEDIFICULTAD	Traza de Pillai	,135	,676	12,000	112,000	,771
	Lambda de Wilks	,869	,669 ^a	12,000	110,000	,778
	Traza de Hotelling	,147	,662	12,000	108,000	,784
	Raíz mayor de Roy	,109	1,014 ^b	6,000	56,000	,426

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + INDICEDIFICULTAD

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,047	176,403	20	,000	,464	,505	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + INDICEDIFICULTAD

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	152439,543	6	25406,590	59,383	,000
	Greenhouse-Geisser	152439,543	2,781	54808,194	59,383	,000
	Huynh-Feldt	152439,543	3,027	50353,337	59,383	,000
	Límite-inferior	152439,543	1,000	152439,543	59,383	,000
tiempo * INDICEDIFICULTAD	Esfericidad asumida	4862,473	12	405,206	,947	,500
	Greenhouse-Geisser	4862,473	5,563	874,128	,947	,459
	Huynh-Feldt	4862,473	6,055	803,078	,947	,463
	Límite-inferior	4862,473	2,000	2431,236	,947	,394
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	154022,711	360	427,841		
	Greenhouse-Geisser	154022,711	166,880	922,957		
	Huynh-Feldt	154022,711	181,644	847,938		
	Límite-inferior	154022,711	60,000	2567,045		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	14880,396	1	14880,396	18,577	,000
	Nivel 2 respecto a nivel 3	6151,566	1	6151,566	15,711	,000
	Nivel 3 respecto a nivel 4	5107,273	1	5107,273	10,354	,002
	Nivel 4 respecto a nivel 5	3714,618	1	3714,618	12,982	,001

	Nivel 5 respecto a nivel 6	3166,675	1	3166,675	8,694	,005
	Nivel 6 respecto a nivel 7	5165,255	1	5165,255	25,074	,000
tiempo *	Nivel 1 respecto a nivel 2	406,102	2	203,051	,253	,777
INDICEDIFICULTAD	Nivel 2 respecto a nivel 3	1789,048	2	894,524	2,285	,111
	Nivel 3 respecto a nivel 4	14,857	2	7,429	,015	,985
	Nivel 4 respecto a nivel 5	567,117	2	283,559	,991	,377
	Nivel 5 respecto a nivel 6	291,168	2	145,584	,400	,672
	Nivel 6 respecto a nivel 7	128,229	2	64,114	,311	,734
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	48059,644	60	800,994		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	23492,222	60	391,537		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	29596,222	60	493,270		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	17168,533	60	286,142		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	21853,689	60	364,228		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	12360,089	60	206,001		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	129630,234	1	129630,234	139,494	,000
INDICEDIFICULTAD	6940,590	2	3470,295	3,734	,030
Error	55757,232	60	929,287		

Pruebas post hoc: INDICEDIFICULTADQUIRURG

Comparaciones múltiples

MEASURE_1

Bonferroni

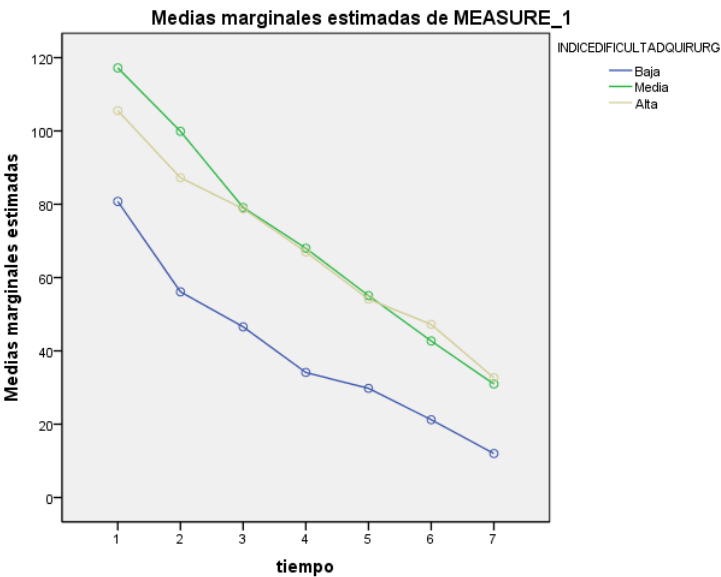
		Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
(I)INDICEDIFICULTADQ UIRURG	(J)INDICEDIFICULTADQ UIRURG				Límite inferior	Límite superior
Baja	Media	-30,34*	11,131	,025	-57,76	-2,93
	Alta	-27,43	14,370	,183	-62,82	7,97
Media	Baja	30,34*	11,131	,025	2,93	57,76
	Alta	2,91	11,131	1,000	-24,50	30,33
Alta	Baja	27,43	14,370	,183	-7,97	62,82
	Media	-2,91	11,131	1,000	-30,33	24,50

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = 929,287.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Gráficos de perfil



ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Estadísticos descriptivos

INDICE DIFICULTAD QUIRURGICA		Media	Desviación típica	N
RG				
Analgesico1	Baja	,78	,667	9
	Media	1,71	1,100	45
	Alta	,67	,707	9
	Total	1,43	1,088	63
Analgesico2	Baja	,33	,707	9
	Media	1,69	1,203	45
	Alta	1,00	1,225	9
	Total	1,40	1,238	63
Analgesico3	Baja	,33	,707	9
	Media	1,40	1,136	45
	Alta	,78	1,202	9
	Total	1,16	1,153	63
Analgesico4	Baja	,11	,333	9
	Media	,91	1,083	45
	Alta	,67	1,118	9
	Total	,76	1,043	63
Analgesico5	Baja	,11	,333	9
	Media	,64	1,004	45
	Alta	,33	,707	9
	Total	,52	,913	63
Analgesico6	Baja	,22	,667	9
	Media	,42	,892	45
	Alta	,33	,707	9
	Total	,38	,831	63
Analgesico7	Baja	,11	,333	9
	Media	,29	,815	45
	Alta	,22	,441	9
	Total	,25	,718	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,339	4,695 ^a	6,000	55,000	,001
	Lambda de Wilks	,661	4,695 ^a	6,000	55,000	,001
	Traza de Hotelling	,512	4,695 ^a	6,000	55,000	,001
	Raíz mayor de Roy	,512	4,695 ^a	6,000	55,000	,001
tiempo * INDICEDIFICULTAD	Traza de Pillai	,258	1,381	12,000	112,000	,185
	Lambda de Wilks	,755	1,384 ^a	12,000	110,000	,184
	Traza de Hotelling	,308	1,386	12,000	108,000	,183
	Raíz mayor de Roy	,237	2,216 ^b	6,000	56,000	,055

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + INDICEDIFICULTAD

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,030	201,925	20	,000	,490	,535	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + INDICEDIFICULTAD

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	26,129	6	4,355	11,378	,000
	Greenhouse-Geisser	26,129	2,937	8,895	11,378	,000
	Huynh-Feldt	26,129	3,208	8,145	11,378	,000
	Límite-inferior	26,129	1,000	26,129	11,378	,001
tiempo * INDICEDIFICULTAD	Esfericidad asumida	13,155	12	1,096	2,864	,001
	Greenhouse-Geisser	13,155	5,875	2,239	2,864	,012
	Huynh-Feldt	13,155	6,416	2,050	2,864	,009
	Límite-inferior	13,155	2,000	6,577	2,864	,065
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	137,784	360	,383		
	Greenhouse-Geisser	137,784	176,242	,782		
	Huynh-Feldt	137,784	192,477	,716		
	Límite-inferior	137,784	60,000	2,296		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,073	1	,073	,089	,767
	Nivel 2 respecto a nivel 3	1,069	1	1,069	3,083	,084
	Nivel 3 respecto a nivel 4	2,766	1	2,766	8,428	,005
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1,473	1	1,473	3,297	,074
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,051	1	,051	,239	,627

	Nivel 6 respecto a nivel 7	,517	1	,517	4,447	,039
tiempo * INDICEDIFICULTAD	Nivel 1 respecto a nivel 2	2,737	2	1,368	1,669	,197
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,629	2	,314	,907	,409
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1,390	2	,695	2,119	,129
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,629	2	,314	,704	,499
	Nivel 5 respecto a nivel 6	1,048	2	,524	2,481	,092
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,006	2	,003	,027	,973
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	49,200	60	,820		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	20,800	60	,347		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	19,689	60	,328		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	26,800	60	,447		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	12,667	60	,211		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6,978	60	,116		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	14,255	1	14,255	22,941	,000
INDICEDIFICULTAD	4,707	2	2,353	3,787	,028
Error	37,282	60	,621		

Pruebas post hoc: INDICEDIFICULTADQUIRURG

Comparaciones múltiples

MEASURE_1

Bonferroni

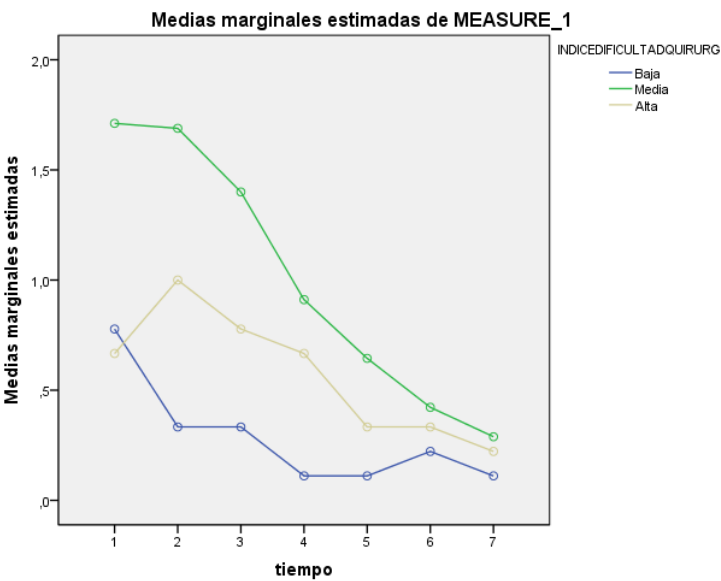
(I)INDICEDIFICULTADQ UIRURG	(J)INDICEDIFICULTADQ UIRURG	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Baja	Media	-,72*	,288	,044	-1,43	-,01
	Alta	-,29	,372	1,000	-1,20	,63
Media	Baja	,72*	,288	,044	,01	1,43
	Alta	,44	,288	,400	-,27	1,15
Alta	Baja	,29	,372	1,000	-,63	1,20
	Media	-,44	,288	,400	-1,15	,27

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = ,621.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Gráficos de perfil



INDICEDIFICULTADQUIRURG = Alta

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	,50	,707	2
Analgesico2	,00	,000	2
Analgesico3	,00	,000	2
Analgesico4	,00	,000	2
Analgesico5	,00	,000	2
Analgesico6	,00	,000	2
Analgesico7	,00	,000	2

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Alta

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Alta

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra- sujetos	W de Mauchly	Chi- cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite- inferior
tiempo	,000	.	20	.	,167	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Alta

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	,429	6	,071	1,000	,500
	Greenhouse-Geisser	,429	1,000	,429	1,000	,500
	Huynh-Feldt	,429	.	.	.	.
	Límite-inferior	,429	1,000	,429	1,000	,500
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,429	6	,071		
	Greenhouse-Geisser	,429	1,000	,429		
	Huynh-Feldt	,429	.	.		
	Límite-inferior	,429	1,000	,429		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Alta

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500	1,000	,500
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000	.	.

	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,500	1	,500		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Alta

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,010	1	,010	1,000	,500
Error	,010	1	,010		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Alta

INDICEDIFICULTADQUIRURG = Media

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,07	,829	14
Analgesico2	1,21	1,122	14
Analgesico3	1,07	,997	14
Analgesico4	,57	,938	14
Analgesico5	,43	,852	14
Analgesico6	,29	,825	14
Analgesico7	,21	,802	14

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Media

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	,663	2,621 ^a	6,000	8,000	,104
Lambda de Wilks	,337	2,621 ^a	6,000	8,000	,104
Traza de Hotelling	1,966	2,621 ^a	6,000	8,000	,104
Raíz mayor de Roy	1,966	2,621 ^a	6,000	8,000	,104

a. Estadístico exacto

b. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Media

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra- sujetos	W de Mauchly	Chi- cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite- inferior
tiempo	,008	52,188	20	,000	,366	,444	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,008	52,188	20	,000	,366	,444	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Media

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	14,531	6	2,422	9,847	,000
	Greenhouse-Geisser	14,531	2,197	6,614	9,847	,000
	Huynh-Feldt	14,531	2,662	5,459	9,847	,000
	Límite-inferior	14,531	1,000	14,531	9,847	,008
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	19,184	78	,246		
	Greenhouse-Geisser	19,184	28,558	,672		
	Huynh-Feldt	19,184	34,602	,554		
	Límite-inferior	19,184	13,000	1,476		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Media

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo						

tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,286	1	,286	,481	,500
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,286	1	,286	1,000	,336
	Nivel 3 respecto a nivel 4	3,500	1	3,500	13,000	,003
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,286	1	,286	1,000	,336
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,286	1	,286	2,167	,165
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,071	1	,071	1,000	,336
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	7,714	13	,593		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	3,714	13	,286		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	3,500	13	,269		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	3,714	13	,286		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	1,714	13	,132		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,929	13	,071		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Media

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	6,741	1	6,741	10,742	,006
Error	8,157	13	,627		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Media

INDICEDIFICULTADQUIRURG = Baja

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	,00 .		1
Analgesico2	,00 .		1
Analgesico3	,00 .		1
Analgesico4	,00 .		1
Analgesico5	,00 .		1
Analgesico6	,00 .		1
Analgesico7	,00 .		1

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Baja

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Baja

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra- sujetos	W de Mauchly	Chi- cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite- inferior
tiempo	.	.	20	.	.	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Baja

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	,000	6	,000	.	.
	Greenhouse-Geisser	,000	.	.	.	.
	Huynh-Feldt	,000	.	.	.	.
	Límite-inferior	,000	1,000	,000	.	.
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,000	0	.		
	Greenhouse-Geisser	,000	.	.		
	Huynh-Feldt	,000	.	.		
	Límite-inferior	,000	,000	.		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Baja

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	1	,000	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000	.	.

	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0	.		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0	.		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0	.		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0	.		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0	.		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0	.		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Baja

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,000	1	,000	.	.
Error	,000	0	.		

a. INDICEDIFICULTADQUIRURG = Baja

ANOVA de un factor

Descriptivos								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Analgesico1 Baja	9	,78	,667	,222	,27	1,29	0	2
Media	45	1,71	1,100	,164	1,38	2,04	0	4
Alta	9	,67	,707	,236	,12	1,21	0	2
Total	63	1,43	1,088	,137	1,15	1,70	0	4
Analgesico2 Baja	9	,33	,707	,236	-,21	,88	0	2
Media	45	1,69	1,203	,179	1,33	2,05	0	4
Alta	9	1,00	1,225	,408	,06	1,94	0	3
Total	63	1,40	1,238	,156	1,08	1,71	0	4
Analgesico3 Baja	9	,33	,707	,236	-,21	,88	0	2
Media	45	1,40	1,136	,169	1,06	1,74	0	4
Alta	9	,78	1,202	,401	-,15	1,70	0	3
Total	63	1,16	1,153	,145	,87	1,45	0	4
Analgesico4 Baja	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1
Media	45	,91	1,083	,162	,59	1,24	0	3
Alta	9	,67	1,118	,373	-,19	1,53	0	3
Total	63	,76	1,043	,131	,50	1,02	0	3
Analgesico5 Baja	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1
Media	45	,64	1,004	,150	,34	,95	0	3
Alta	9	,33	,707	,236	-,21	,88	0	2
Total	63	,52	,913	,115	,29	,75	0	3
Analgesico6 Baja	9	,22	,667	,222	-,29	,73	0	2
Media	45	,42	,892	,133	,15	,69	0	3
Alta	9	,33	,707	,236	-,21	,88	0	2
Total	63	,38	,831	,105	,17	,59	0	3
Analgesico7 Baja	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1
Media	45	,29	,815	,122	,04	,53	0	3
Alta	9	,22	,441	,147	-,12	,56	0	1
Total	63	,25	,718	,090	,07	,43	0	3

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Analgesico1	Inter-grupos	12,629	2	6,314	6,231	,003
	Intra-grupos	60,800	60	1,013		
	Total	73,429	62			
Analgesico2	Inter-grupos	15,435	2	7,717	5,814	,005
	Intra-grupos	79,644	60	1,327		
	Total	95,079	62			
Analgesico3	Inter-grupos	10,057	2	5,029	4,170	,020
	Intra-grupos	72,356	60	1,206		
	Total	82,413	62			
Analgesico4	Inter-grupos	4,895	2	2,448	2,348	,104
	Intra-grupos	62,533	60	1,042		
	Total	67,429	62			
Analgesico5	Inter-grupos	2,514	2	1,257	1,533	,224
	Intra-grupos	49,200	60	,820		
	Total	51,714	62			
Analgesico6	Inter-grupos	,324	2	,162	,228	,797
	Intra-grupos	42,533	60	,709		
	Total	42,857	62			
Analgesico7	Inter-grupos	,248	2	,124	,234	,792
	Intra-grupos	31,689	60	,528		
	Total	31,937	62			

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Bonferroni

						Intervalo de confianza al	
	(I)	(J)				95%	
Variable	INDICEDIFICULTADQU	INDICEDIFICULTADQ	Diferencia de	Error		Límite	Límite
dependiente	IRURG	UIRURG	medias (I-J)	típico	Sig.	inferior	superior
Analgesico1	Baja	Media	-,933*	,368	,041	-1,84	-,03
		Alta	,111	,475	1,000	-1,06	1,28
	Media	Baja	,933*	,368	,041	,03	1,84
		Alta	1,044*	,368	,018	,14	1,95

Analgesico2	Alta	Baja	-,111	,475	1,000	-1,28	1,06
		Media	-1,044*	,368	,018	-1,95	-,14
	Baja	Media	-1,356*	,421	,006	-2,39	-,32
		Alta	-,667	,543	,673	-2,00	,67
	Media	Baja	1,356*	,421	,006	,32	2,39
		Alta	,689	,421	,320	-,35	1,73
Analgesico3	Alta	Baja	,667	,543	,673	-,67	2,00
		Media	-,689	,421	,320	-1,73	,35
	Baja	Media	-1,067*	,401	,030	-2,05	-,08
		Alta	-,444	,518	1,000	-1,72	,83
	Media	Baja	1,067*	,401	,030	,08	2,05
		Alta	,622	,401	,378	-,37	1,61
Analgesico4	Alta	Baja	,444	,518	1,000	-,83	1,72
		Media	-,622	,401	,378	-1,61	,37
	Baja	Media	-,800	,373	,108	-1,72	,12
		Alta	-,556	,481	,759	-1,74	,63
	Media	Baja	,800	,373	,108	-,12	1,72
		Alta	,244	,373	1,000	-,67	1,16
Analgesico5	Alta	Baja	,556	,481	,759	-,63	1,74
		Media	-,244	,373	1,000	-1,16	,67
	Baja	Media	-,533	,331	,336	-1,35	,28
		Alta	-,222	,427	1,000	-1,27	,83
	Media	Baja	,533	,331	,336	-,28	1,35
		Alta	,311	,331	1,000	-,50	1,13
Analgesico6	Alta	Baja	,222	,427	1,000	-,83	1,27
		Media	-,311	,331	1,000	-1,13	,50
	Baja	Media	-,200	,307	1,000	-,96	,56
		Alta	-,111	,397	1,000	-1,09	,87
	Media	Baja	,200	,307	1,000	-,56	,96
		Alta	,089	,307	1,000	-,67	,85
Analgesico7	Alta	Baja	,111	,397	1,000	-,87	1,09
		Media	-,089	,307	1,000	-,85	,67
	Baja	Media	-,178	,265	1,000	-,83	,48
		Alta	-,111	,343	1,000	-,95	,73
	Media	Baja	,178	,265	1,000	-,48	,83
		Alta	,067	,265	1,000	-,59	,72
	Alta	Baja	,111	,343	1,000	-,73	,95
		Media	-,067	,265	1,000	-,72	,59

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

GRADOS DE DIFICULTAD Y DOLOR POSTOPERATORIO

Estadísticos descriptivos

DIFICULTAD QUIRURGICA		Media	Desviación típica	N
Dolor1	I	92,27	41,105	22
	II	127,09	29,612	11
	III	119,17	28,479	23
	IV	111,71	43,454	7
	Total	110,33	37,135	63
Dolor2	I	65,14	40,174	22
	II	111,45	28,126	11
	III	110,39	25,750	23
	IV	83,86	49,195	7
	Total	91,83	39,999	63
Dolor3	I	53,32	41,333	22
	II	87,00	38,992	11
	III	88,26	30,460	23
	IV	75,43	45,332	7
	Total	74,41	40,115	63
Dolor4	I	36,82	34,872	22
	II	75,73	27,313	11
	III	79,00	28,337	23
	IV	72,86	43,698	7
	Total	63,02	37,146	63
Dolor5	I	28,95	39,010	22
	II	51,27	30,007	11
	III	69,04	29,487	23
	IV	63,57	43,424	7
	Total	51,33	38,245	63
Dolor6	I	18,59	27,998	22
	II	44,00	31,987	11
	III	56,43	30,811	23
	IV	49,57	49,006	7
	Total	40,29	35,718	63
Dolor7	I	14,50	26,928	22
	II	28,27	31,363	11

III	39,13	28,480	23
IV	37,86	35,447	7
Total	28,49	30,578	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,835	45,460 ^a	6,000	54,000	,000
	Lambda de Wilks	,165	45,460 ^a	6,000	54,000	,000
	Traza de Hotelling	5,051	45,460 ^a	6,000	54,000	,000
	Raíz mayor de Roy	5,051	45,460 ^a	6,000	54,000	,000
tiempo * grado_dificultad	Traza de Pillai	,471	1,738	18,000	168,000	,037
	Lambda de Wilks	,586	1,772	18,000	153,220	,033
	Traza de Hotelling	,614	1,797	18,000	158,000	,030
	Raíz mayor de Roy	,423	3,949 ^b	6,000	56,000	,002

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + grado_dificultad

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,041	182,034	20	,000	,452	,500	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,041	182,034	20	,000	,452	,500	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + grado_dificultad

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	247811,724	6	41301,954	98,818	,000
	Greenhouse-Geisser	247811,724	2,714	91300,804	98,818	,000
	Huynh-Feldt	247811,724	3,002	82535,757	98,818	,000
	Límite-inferior	247811,724	1,000	247811,724	98,818	,000
tiempo * grado_dificultad	Esfericidad asumida	10927,718	18	607,095	1,453	,105
	Greenhouse-Geisser	10927,718	8,143	1342,026	1,453	,177
	Huynh-Feldt	10927,718	9,007	1213,189	1,453	,169
	Límite-inferior	10927,718	3,000	3642,573	1,453	,237
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	147957,466	354	417,959		
	Greenhouse-Geisser	147957,466	160,140	923,927		
	Huynh-Feldt	147957,466	177,146	835,228		
	Límite-inferior	147957,466	59,000	2507,754		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	19542,487	1	19542,487	26,235	,000
	Nivel 2 respecto a nivel 3	13841,010	1	13841,010	35,551	,000
	Nivel 3 respecto a nivel 4	4860,746	1	4860,746	10,102	,002
	Nivel 4 respecto a nivel 5	8238,254	1	8238,254	31,335	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	6066,412	1	6066,412	16,373	,000
	Nivel 6 respecto a nivel 7	7390,894	1	7390,894	42,278	,000
tiempo * grado_dificultad	Nivel 1 respecto a nivel 2	4515,839	3	1505,280	2,021	,121
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2310,947	3	770,316	1,979	,127
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1223,248	3	407,749	,847	,473
	Nivel 4 respecto a nivel 5	2223,948	3	741,316	2,820	,047
	Nivel 5 respecto a nivel 6	284,106	3	94,702	,256	,857
	Nivel 6 respecto a nivel 7	2174,019	3	724,673	4,145	,010
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	43949,907	59	744,914		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	22970,323	59	389,328		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	28387,831	59	481,150		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	15511,703	59	262,910		

Nivel 5 respecto a nivel 6	21860,751	59	370,521		
Nivel 6 respecto a nivel 7	10314,298	59	174,819		

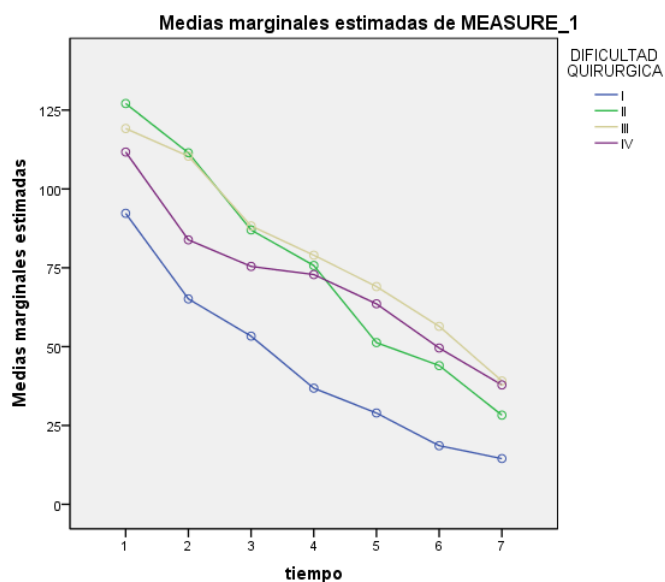
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	226074,699	1	226074,699	286,266	,000
grado_dificultad	16103,384	3	5367,795	6,797	,001
Error	46594,438	59	789,736		

Gráficos de perfil



GRADOS DE DIFICULTAD Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Estadísticos descriptivos

DIFICULTAD QUIRURGICA		Media	Desviación típica	N
Analgesico1	I	1,14	,990	22
	II	1,91	1,136	11
	III	1,52	1,082	23
	IV	1,29	1,254	7
	Total	1,43	1,088	63
Analgesico2	I	,73	1,120	22
	II	1,64	1,362	11
	III	1,91	,996	23
	IV	1,43	1,397	7
	Total	1,40	1,238	63
Analgesico3	I	,68	1,041	22
	II	1,36	1,362	11
	III	1,48	1,039	23
	IV	1,29	1,254	7
	Total	1,16	1,153	63
Analgesico4	I	,45	,963	22
	II	,82	1,079	11
	III	1,00	1,044	23
	IV	,86	1,215	7
	Total	,76	1,043	63
Analgesico5	I	,32	,894	22
	II	,64	,809	11
	III	,61	,941	23
	IV	,71	1,113	7
	Total	,52	,913	63
Analgesico6	I	,27	,883	22
	II	,45	,820	11
	III	,43	,728	23
	IV	,43	1,134	7
	Total	,38	,831	63
Analgesico7	I	,27	,883	22
	II	,18	,405	11
	III	,22	,518	23

IV	,43	1,134	7
Total	,25	,718	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,578	12,305 ^a	6,000	54,000	,000
	Lambda de Wilks	,422	12,305 ^a	6,000	54,000	,000
	Traza de Hotelling	1,367	12,305 ^a	6,000	54,000	,000
	Raíz mayor de Roy	1,367	12,305 ^a	6,000	54,000	,000
tiempo *	Traza de Pillai	,424	1,538	18,000	168,000	,082
grado_dificultad	Lambda de Wilks	,616	1,592	18,000	153,220	,068
	Traza de Hotelling	,560	1,640	18,000	158,000	,056
	Raíz mayor de Roy	,420	3,916 ^b	6,000	56,000	,002

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + grado_dificultad

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,026	206,776	20	,000	,480	,533	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,026	206,776	20	,000	,480	,533	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + grado_dificultad

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	71,734	6	11,956	31,009	,000
	Greenhouse-Geisser	71,734	2,879	24,919	31,009	,000
	Huynh-Feldt	71,734	3,196	22,445	31,009	,000
	Límite-inferior	71,734	1,000	71,734	31,009	,000
tiempo * grado_dificultad	Esfericidad asumida	14,451	18	,803	2,082	,006
	Greenhouse-Geisser	14,451	8,636	1,673	2,082	,036
	Huynh-Feldt	14,451	9,588	1,507	2,082	,030
	Límite-inferior	14,451	3,000	4,817	2,082	,112
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	136,488	354	,386		
	Greenhouse-Geisser	136,488	169,845	,804		
	Huynh-Feldt	136,488	188,560	,724		
	Límite-inferior	136,488	59,000	2,313		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,068	1	,068	,091	,764
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2,487	1	2,487	7,468	,008
	Nivel 3 respecto a nivel 4	8,742	1	8,742	25,731	,000
	Nivel 4 respecto a nivel 5	2,251	1	2,251	5,000	,029
	Nivel 5 respecto a nivel 6	1,462	1	1,462	6,475	,014
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,744	1	,744	7,206	,009
tiempo * grado_dificultad	Nivel 1 respecto a nivel 2	8,101	3	2,700	3,635	,018
	Nivel 2 respecto a nivel 3	1,783	3	,594	1,785	,160
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1,035	3	,345	1,016	,392
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,866	3	,289	,641	,592
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,390	3	,130	,576	,633
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,889	3	,296	2,869	,044
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	43,835	59	,743		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	19,646	59	,333		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	20,044	59	,340		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	26,563	59	,450		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	13,324	59	,226		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6,095	59	,103		

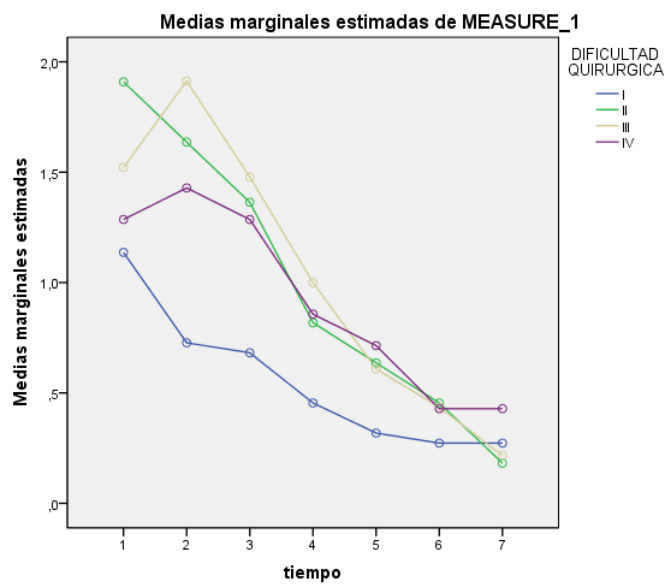
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	37,856	1	37,856	57,191	,000
grado_dificultad	2,935	3	,978	1,478	,230
Error	39,053	59	,662		

Gráficos de perfil



DIFICULTAD QUIRURGICA = III

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,00	.	1
Analgesico2	,00	.	1
Analgesico3	,00	.	1
Analgesico4	,00	.	1
Analgesico5	,00	.	1
Analgesico6	,00	.	1
Analgesico7	,00	.	1

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = III

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = III

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	.	.	20	.	.	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = III

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	,857	6	,143	.	.
	Greenhouse-Geisser	,857	.	.	.	.
	Huynh-Feldt	,857	.	.	.	.
	Límite-inferior	,857	1,000	,857	.	.
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.
	Greenhouse-Geisser	,000	.	.	.	.
	Huynh-Feldt	,000	.	.	.	.
	Límite-inferior	,000	,000	.	.	.

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = III

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen tiempo		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	1,000	1	1,000	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0	.		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0	.		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0	.		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0	.		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0	.		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0	.		

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = III

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,020	1	,020	.	.
Error	,000	0	.	.	.

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = III

DIFICULTAD QUIRURGICA = II

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,00	.	1
Analgesico2	,00	.	1
Analgesico3	,00	.	1
Analgesico4	,00	.	1
Analgesico5	,00	.	1
Analgesico6	,00	.	1
Analgesico7	,00	.	1

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = II

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = II

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	.	.	20	.	.	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = II

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo Esfericidad asumida	,857	6	,143	.	.
Greenhouse-Geisser	,857	.	.	.	.
Huynh-Feldt	,857	.	.	.	.

	Límite-inferior	,857	1,000	,857	.	.
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.
	Greenhouse-Geisser	,000	.	.	.	.
	Huynh-Feldt	,000	.	.	.	.
	Límite-inferior	,000	,000	.	.	.

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = II

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen	tiempo	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	1,000	1	1,000	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0	.	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0	.	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0	.	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0	.	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0	.	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0	.	.	.

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida:MEASURE_1

Origen	tiempo	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	1,000	1	1,000	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0	.	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0	.	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0	.	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0	.	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0	.	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0	.	.	.

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = II

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,020	1	,020	.	.
Error	,000	0	.	.	.

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,020	1	,020	.	.
Error	,000	0	.	.	.

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = II

DIFICULTAD QUIRURGICA = IV

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	,00	.	1
Analgesico2	,00	.	1
Analgesico3	,00	.	1
Analgesico4	,00	.	1
Analgesico5	,00	.	1
Analgesico6	,00	.	1
Analgesico7	,00	.	1

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = IV

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a
Lambda de Wilks	. ^a
Traza de Hotelling	. ^a
Raíz mayor de Roy	. ^a

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = IV

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	.	.	20	.	.	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = IV

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo Esfericidad asumida	,000	6	,000	.	.
Greenhouse-Geisser	,000	.	.	.	.
Huynh-Feldt	,000	.	.	.	.

	Límite-inferior	,000	1,000	,000	.	.
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,000	0	.	.	.
	Greenhouse-Geisser	,000	.	.	.	.
	Huynh-Feldt	,000	.	.	.	.
	Límite-inferior	,000	,000	.	.	.

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = IV

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen	tiempo	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	1	,000	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0	.	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0	.	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0	.	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0	.	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0	.	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0	.	.	.

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida:MEASURE_1

Origen	tiempo	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	1	,000	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	1	,000	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	1	,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	0	.	.	.
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,000	0	.	.	.
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	0	.	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	0	.	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	0	.	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	0	.	.	.

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = IV

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,000	1	,000	.	.
Error	,000	0	.	.	.

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,000	1	,000	.	.
Error	,000	0	.		

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = IV

DIFICULTAD QUIRURGICA = I

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,00	,000	3
Analgesico2	,67	,577	3
Analgesico3	1,00	,000	3
Analgesico4	,00	,000	3
Analgesico5	,00	,000	3
Analgesico6	,00	,000	3
Analgesico7	,00	,000	3

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = I

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	. ^a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	. ^a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	. ^a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	. ^a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = I

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,000	.	20	.	,167	,167	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. DIFICULTAD QUIRURGICA = I

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	4,286	6	,714	15,000	,000
	Greenhouse-Geisser	4,286	1,000	4,286	15,000	,061
	Huynh-Feldt	4,286	1,000	4,286	15,000	,061

	Límite-inferior	4,286	1,000	4,286	15,000	,061
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	,571	12	,048		
	Greenhouse-Geisser	,571	2,000	,286		
	Huynh-Feldt	,571	2,000	,286		
	Límite-inferior	,571	2,000	,286		

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = I

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen	tiempo	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,333	1	,333	1,000	,423
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,333	1	,333	1,000	,423
	Nivel 3 respecto a nivel 4	3,000	1	3,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,667	2	,333		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,667	2	,333		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	2	,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	2	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	2	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	2	,000		

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida:MEASURE_1

Origen	tiempo	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,333	1	,333	1,000	,423
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,333	1	,333	1,000	,423
	Nivel 3 respecto a nivel 4	3,000	1	3,000	.	.
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	1	,000	.	.
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000	.	.
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000	.	.
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	,667	2	,333		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,667	2	,333		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,000	2	,000		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,000	2	,000		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	2	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	2	,000		

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = I

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,435	1	,435	64,000	,015
Error	,014	2	,007		

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	,435	1	,435	64,000	,015
Error	,014	2	,007		

a. DIFICULTAD QUIRURGICA = I

ANOVA de un factor

Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Analgesico1 I	22	1,14	,990	,211	,70	1,58	0	3
II	11	1,91	1,136	,343	1,15	2,67	1	4
III	23	1,52	1,082	,226	1,05	1,99	0	4
IV	7	1,29	1,254	,474	,13	2,45	0	3
Total	63	1,43	1,088	,137	1,15	1,70	0	4
Analgesico2 I	22	,73	1,120	,239	,23	1,22	0	3
II	11	1,64	1,362	,411	,72	2,55	0	4
III	23	1,91	,996	,208	1,48	2,34	0	3
IV	7	1,43	1,397	,528	,14	2,72	0	3
Total	63	1,40	1,238	,156	1,08	1,71	0	4
Analgesico3 I	22	,68	1,041	,222	,22	1,14	0	3
II	11	1,36	1,362	,411	,45	2,28	0	4
III	23	1,48	1,039	,217	1,03	1,93	0	3
IV	7	1,29	1,254	,474	,13	2,45	0	3
Total	63	1,16	1,153	,145	,87	1,45	0	4
Analgesico4 I	22	,45	,963	,205	,03	,88	0	3
II	11	,82	1,079	,325	,09	1,54	0	3
III	23	1,00	1,044	,218	,55	1,45	0	3

IV	7	,86	1,215	,459	-,27	1,98	0	3
Total	63	,76	1,043	,131	,50	1,02	0	3
Analgesico5 I	22	,32	,894	,191	-,08	,71	0	3
II	11	,64	,809	,244	,09	1,18	0	2
III	23	,61	,941	,196	,20	1,02	0	3
IV	7	,71	1,113	,421	-,31	1,74	0	3
Total	63	,52	,913	,115	,29	,75	0	3
Analgesico6 I	22	,27	,883	,188	-,12	,66	0	3
II	11	,45	,820	,247	-,10	1,01	0	2
III	23	,43	,728	,152	,12	,75	0	2
IV	7	,43	1,134	,429	-,62	1,48	0	3
Total	63	,38	,831	,105	,17	,59	0	3
Analgesico7 I	22	,27	,883	,188	-,12	,66	0	3
II	11	,18	,405	,122	-,09	,45	0	1
III	23	,22	,518	,108	-,01	,44	0	2
IV	7	,43	1,134	,429	-,62	1,48	0	3
Total	63	,25	,718	,090	,07	,43	0	3

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Analgesico1	Inter-grupos	4,761	3	1,587	1,364	,263
	Intra-grupos	68,668	59	1,164		
	Total	73,429	62			
Analgesico2	Inter-grupos	16,630	3	5,543	4,169	,010
	Intra-grupos	78,449	59	1,330		
	Total	95,079	62			
Analgesico3	Inter-grupos	7,927	3	2,642	2,093	,111
	Intra-grupos	74,486	59	1,262		
	Total	82,413	62			
Analgesico4	Inter-grupos	3,481	3	1,160	1,070	,369
	Intra-grupos	63,948	59	1,084		
	Total	67,429	62			
Analgesico5	Inter-grupos	1,489	3	,496	,583	,628
	Intra-grupos	50,225	59	,851		
	Total	51,714	62			
Analgesico6	Inter-grupos	,400	3	,133	,185	,906
	Intra-grupos	42,457	59	,720		
	Total	42,857	62			

Analgesico7	Inter-grupos	,309	3	,103	,192	,901
	Intra-grupos	31,627	59	,536		
	Total	31,937	62			

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Bonferroni

Variable dependiente	(I) DIFICULTAD QUIRURGICA	(J) DIFICULTAD QUIRURGICA	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Analgesico1	I	II	-,773	,398	,343	-1,86	,31
		III	-,385	,322	1,000	-1,26	,49
		IV	-,149	,468	1,000	-1,43	1,13
	II	I	,773	,398	,343	-,31	1,86
		III	,387	,395	1,000	-,69	1,47
		IV	,623	,522	1,000	-,80	2,05
	III	I	,385	,322	1,000	-,49	1,26
		II	-,387	,395	1,000	-1,47	,69
		IV	,236	,466	1,000	-1,04	1,51
	IV	I	,149	,468	1,000	-1,13	1,43
		II	-,623	,522	1,000	-2,05	,80
		III	-,236	,466	1,000	-1,51	1,04
Analgesico2	I	II	-,909	,426	,222	-2,07	,25
		III	-1,186 [*]	,344	,006	-2,12	-,25
		IV	-,701	,500	,998	-2,07	,66
	II	I	,909	,426	,222	-,25	2,07
		III	-,277	,423	1,000	-1,43	,88
		IV	,208	,558	1,000	-1,31	1,73
	III	I	1,186 [*]	,344	,006	,25	2,12
		II	,277	,423	1,000	-,88	1,43
		IV	,484	,498	1,000	-,87	1,84
	IV	I	,701	,500	,998	-,66	2,07
		II	-,208	,558	1,000	-1,73	1,31
		III	-,484	,498	1,000	-1,84	,87
Analgesico3	I	II	-,682	,415	,634	-1,81	,45

		III	-,796	,335	,124	-1,71	,12
		IV	-,604	,488	1,000	-1,94	,73
	II	I	,682	,415	,634	-,45	1,81
		III	-,115	,412	1,000	-1,24	1,01
		IV	,078	,543	1,000	-1,41	1,56
	III	I	,796	,335	,124	-,12	1,71
		II	,115	,412	1,000	-1,01	1,24
		IV	,193	,485	1,000	-1,13	1,52
	IV	I	,604	,488	1,000	-,73	1,94
		II	-,078	,543	1,000	-1,56	1,41
		III	-,193	,485	1,000	-1,52	1,13
Analgesico4	I	II	-,364	,384	1,000	-1,41	,69
		III	-,545	,310	,505	-1,39	,30
		IV	-,403	,452	1,000	-1,64	,83
	II	I	,364	,384	1,000	-,69	1,41
		III	-,182	,382	1,000	-1,22	,86
		IV	-,039	,503	1,000	-1,41	1,34
	III	I	,545	,310	,505	-,30	1,39
		II	,182	,382	1,000	-,86	1,22
		IV	,143	,449	1,000	-1,08	1,37
	IV	I	,403	,452	1,000	-,83	1,64
		II	,039	,503	1,000	-1,34	1,41
		III	-,143	,449	1,000	-1,37	1,08
Analgesico5	I	II	-,318	,341	1,000	-1,25	,61
		III	-,291	,275	1,000	-1,04	,46
		IV	-,396	,400	1,000	-1,49	,70
	II	I	,318	,341	1,000	-,61	1,25
		III	,028	,338	1,000	-,90	,95
		IV	-,078	,446	1,000	-1,30	1,14
	III	I	,291	,275	1,000	-,46	1,04
		II	-,028	,338	1,000	-,95	,90
		IV	-,106	,398	1,000	-1,19	,98
	IV	I	,396	,400	1,000	-,70	1,49
		II	,078	,446	1,000	-1,14	1,30
		III	,106	,398	1,000	-,98	1,19
Analgesico6	I	II	-,182	,313	1,000	-1,04	,67
		III	-,162	,253	1,000	-,85	,53
		IV	-,156	,368	1,000	-1,16	,85
	II	I	,182	,313	1,000	-,67	1,04
		III	,020	,311	1,000	-,83	,87
		IV	,026	,410	1,000	-1,09	1,15

	III	I	,162	,253	1,000	-,53	,85	
		II	-,020	,311	1,000	-,87	,83	
		IV	,006	,366	1,000	-,99	1,01	
	IV	I	,156	,368	1,000	-,85	1,16	
		II	-,026	,410	1,000	-1,15	1,09	
		III	-,006	,366	1,000	-1,01	,99	
	Analgesico7	I	II	,091	,270	1,000	-,65	,83
			III	,055	,218	1,000	-,54	,65
			IV	-,156	,318	1,000	-1,02	,71
II		I	-,091	,270	1,000	-,83	,65	
		III	-,036	,268	1,000	-,77	,70	
		IV	-,247	,354	1,000	-1,21	,72	
III		I	-,055	,218	1,000	-,65	,54	
		II	,036	,268	1,000	-,70	,77	
		IV	-,211	,316	1,000	-1,07	,65	
IV		I	,156	,318	1,000	-,71	1,02	
		II	,247	,354	1,000	-,72	1,21	
		III	,211	,316	1,000	-,65	1,07	

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

TIEMPO DE INTERVENCIÓN Y DOLOR POSTOPERATORIO

Estadísticos descriptivos

TIEMPO DE INTERVENCIÓN		Media	Desviación típica	N
Dolor1	0-15	92,87	39,562	24
	16-30	119,35	27,357	23
	31-45	118,85	40,321	13
	46-60	144,00	,000	3
	Total	110,33	37,135	63
Dolor2	0-15	72,79	39,150	24
	16-30	101,48	33,869	23
	31-45	104,77	39,596	13
	46-60	114,00	51,962	3
	Total	91,83	39,999	63
Dolor3	0-15	59,38	41,899	24
	16-30	79,35	35,283	23

	31-45	84,23	38,994	13
	46-60	114,33	29,501	3
	Total	74,41	40,115	63
Dolor4	0-15	43,54	36,935	24
	16-30	69,26	30,078	23
	31-45	80,69	33,026	13
	46-60	94,33	45,720	3
	Total	63,02	37,146	63
Dolor5	0-15	34,50	40,794	24
	16-30	58,48	30,862	23
	31-45	61,23	31,951	13
	46-60	88,33	54,077	3
	Total	51,33	38,245	63
Dolor6	0-15	25,00	33,301	24
	16-30	50,04	33,398	23
	31-45	43,92	29,282	13
	46-60	72,00	62,354	3
	Total	40,29	35,718	63
Dolor7	0-15	18,33	29,714	24
	16-30	35,78	31,687	23
	31-45	28,85	26,720	13
	46-60	52,33	28,290	3
	Total	28,49	30,578	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,773	30,665 ^a	6,000	54,000	,000
	Lambda de Wilks	,227	30,665 ^a	6,000	54,000	,000
	Traza de Hotelling	3,407	30,665 ^a	6,000	54,000	,000
	Raíz mayor de Roy	3,407	30,665 ^a	6,000	54,000	,000
tiempo * TIEMPODEINTERVEN CION	Traza de Pillai	,336	1,176	18,000	168,000	,287
	Lambda de Wilks	,695	1,170	18,000	153,220	,292
	Traza de Hotelling	,397	1,162	18,000	158,000	,299

Raíz mayor de Roy	,256	2,393 ^b	6,000	56,000	,040
-------------------	------	--------------------	-------	--------	------

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección + TIEMPODEINTERVENCION

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,038	185,313	20	,000	,444	,490	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + TIEMPODEINTERVENCION

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	167450,461	6	27908,410	64,280	,000
	Greenhouse-Geisser	167450,461	2,663	62885,427	64,280	,000
	Huynh-Feldt	167450,461	2,942	56913,284	64,280	,000
	Límite-inferior	167450,461	1,000	167450,461	64,280	,000
tiempo * TIEMPODEINTERVENCION	Esfericidad asumida	5189,252	18	288,292	,664	,846
	Greenhouse-Geisser	5189,252	7,988	649,602	,664	,722
	Huynh-Feldt	5189,252	8,827	587,910	,664	,738
	Límite-inferior	5189,252	3,000	1729,751	,664	,577
Error(tiempo)		153695,932	354	434,169		

Greenhouse-Geisser	153695,932	157,104	978,304		
Huynh-Feldt	153695,932	173,590	885,396		
Límite-inferior	153695,932	59,000	2605,016		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen	tiempo	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	13582,708	1	13582,708	16,784	,000
	Nivel 2 respecto a nivel 3	6274,329	1	6274,329	15,878	,000
	Nivel 3 respecto a nivel 4	4937,750	1	4937,750	10,377	,002
	Nivel 4 respecto a nivel 5	4139,684	1	4139,684	14,655	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	5369,513	1	5369,513	14,847	,000
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6256,088	1	6256,088	32,403	,000
tiempo * TIEMPODEINTERVEN CION	Nivel 1 respecto a nivel 2	720,381	3	240,127	,297	,828
	Nivel 2 respecto a nivel 3	1966,930	3	655,643	1,659	,186
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1536,689	3	512,230	1,076	,366
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1069,549	3	356,516	1,262	,296
	Nivel 5 respecto a nivel 6	807,769	3	269,256	,745	,530
	Nivel 6 respecto a nivel 7	1096,960	3	365,653	1,894	,140
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	47745,365	59	809,243		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	23314,339	59	395,158		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	28074,390	59	475,837		

Nivel 4 respecto a nivel 5	16666,102	59	282,476		
Nivel 5 respecto a nivel 6	21337,088	59	361,646		
Nivel 6 respecto a nivel 7	11391,358	59	193,074		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	175160,304	1	175160,304	202,476	,000
TIEMPODEINTERVENCIÓN	11657,329	3	3885,776	4,492	,007
Error	51040,493	59	865,093		

Pruebas post hoc: TIEMPODEINTERVENCIÓN

Comparaciones múltiples

MEASURE_1

Bonferroni

(I) TIEMPODEINTERVENCIÓN	(J) TIEMPODEINTERVENCIÓN	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
0-15	16-30	-23,90 [*]	8,582	,043	-47,33	-,47
	31-45	-25,16	10,129	,095	-52,81	2,49
	46-60	-47,56	18,011	,063	-96,73	1,61
16-30	0-15	23,90 [*]	8,582	,043	,47	47,33
	31-45	-1,26	10,206	1,000	-29,12	26,61
	46-60	-23,66	18,055	1,000	-72,95	25,64
31-45	0-15	25,16	10,129	,095	-2,49	52,81
	16-30	1,26	10,206	1,000	-26,61	29,12
	46-60	-22,40	18,839	1,000	-73,83	29,03
46-60	0-15	47,56	18,011	,063	-1,61	96,73

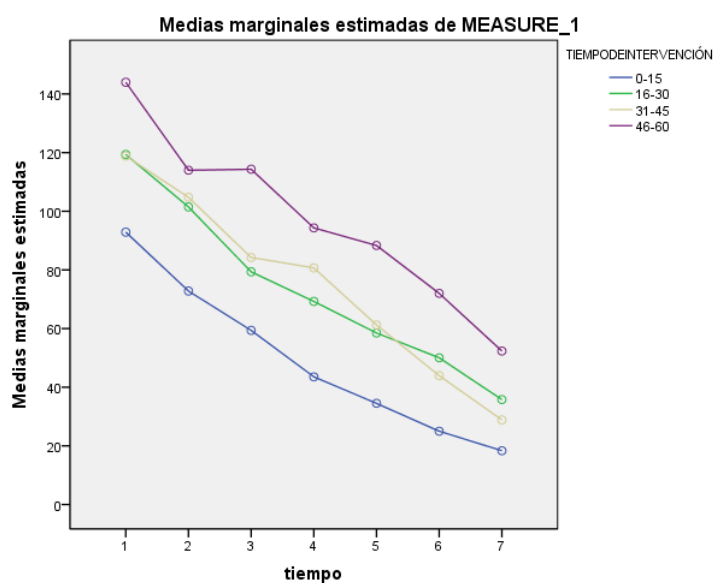
16-30	23,66	18,055	1,000	-25,64	72,95
31-45	22,40	18,839	1,000	-29,03	73,83

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = 865,093.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Gráficos de perfil



TIEMPO DE INTERVENCIÓN Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Estadísticos descriptivos				
TIEMPO DE INTERVENCIÓN		Media	Desviación típica	N
Analgesico1	0-15	1,13	,947	24
	16-30	1,70	1,105	23
	31-45	1,38	1,121	13
	46-60	2,00	1,732	3
	Total	1,43	1,088	63
Analgesico2	0-15	,79	1,103	24

	16-30	1,83	1,154	23
	31-45	1,62	1,193	13
	46-60	2,00	1,732	3
	Total	1,40	1,238	63
Analgesico3	0-15	,75	1,032	24
	16-30	1,52	1,163	23
	31-45	1,15	1,144	13
	46-60	1,67	1,528	3
	Total	1,16	1,153	63
Analgesico4	0-15	,46	,932	24
	16-30	1,00	1,128	23
	31-45	,85	,899	13
	46-60	1,00	1,732	3
	Total	,76	1,043	63
Analgesico5	0-15	,33	,868	24
	16-30	,78	,998	23
	31-45	,31	,480	13
	46-60	1,00	1,732	3
	Total	,52	,913	63
Analgesico6	0-15	,33	,917	24
	16-30	,52	,790	23
	31-45	,08	,277	13
	46-60	1,00	1,732	3
	Total	,38	,831	63
Analgesico7	0-15	,29	,859	24
	16-30	,26	,541	23
	31-45	,00	,000	13
	46-60	1,00	1,732	3
	Total	,25	,718	63

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,457	7,562 ^a	6,000	54,000	,000
	Lambda de Wilks	,543	7,562 ^a	6,000	54,000	,000
	Traza de Hotelling	,840	7,562 ^a	6,000	54,000	,000

	Raíz mayor de Roy	,840	7,562 ^a	6,000	54,000	,000
tiempo *	Traza de Pillai	,359	1,269	18,000	168,000	,214
TIEMPODEINTERVEN CION	Lambda de Wilks	,672	1,285	18,000	153,220	,205
	Traza de Hotelling	,443	1,297	18,000	158,000	,196
	Raíz mayor de Roy	,311	2,903 ^b	6,000	56,000	,016

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra- sujetos	W de Mauchly	Chi- cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite- inferior
tiempo	,027	205,885	20	,000	,481	,535	,167

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	48,552	6	8,092	20,739	,000
	Greenhouse- Geisser	48,552	2,888	16,811	20,739	,000
	Huynh-Feldt	48,552	3,207	15,139	20,739	,000
	Límite-inferior	48,552	1,000	48,552	20,739	,000
tiempo * TIEMPODEINTERVEN CION	Esfericidad asumida	12,811	18	,712	1,824	,021
	Greenhouse- Geisser	12,811	8,664	1,479	1,824	,070
	Huynh-Feldt	12,811	9,621	1,332	1,824	,062
	Límite-inferior	12,811	3,000	4,270	1,824	,153
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	138,128	354	,390		
	Greenhouse- Geisser	138,128	170,400	,811		
	Huynh-Feldt	138,128	189,214	,730		
	Límite-inferior	138,128	59,000	2,341		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,002	1	,002	,002	,965
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2,627	1	2,627	7,859	,007
	Nivel 3 respecto a nivel 4	6,452	1	6,452	18,906	,000
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1,566	1	1,566	3,586	,063
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,488	1	,488	2,259	,138
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,291	1	,291	2,715	,105
tiempo * TIEMPODEINTERVEN CION	Nivel 1 respecto a nivel 2	3,687	3	1,229	1,503	,223
	Nivel 2 respecto a nivel 3	1,703	3	,568	1,698	,177
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,946	3	,315	,924	,435
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1,660	3	,553	1,267	,294
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,972	3	,324	1,500	,224
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,668	3	,223	2,080	,113
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	48,250	59	,818		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	19,725	59	,334		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	20,133	59	,341		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	25,769	59	,437		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	12,742	59	,216		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,002	1	,002	,002	,965
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2,627	1	2,627	7,859	,007
	Nivel 3 respecto a nivel 4	6,452	1	6,452	18,906	,000
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1,566	1	1,566	3,586	,063
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,488	1	,488	2,259	,138
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,291	1	,291	2,715	,105
tiempo * TIEMPODEINTERVEN CION	Nivel 1 respecto a nivel 2	3,687	3	1,229	1,503	,223
	Nivel 2 respecto a nivel 3	1,703	3	,568	1,698	,177
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,946	3	,315	,924	,435
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1,660	3	,553	1,267	,294
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,972	3	,324	1,500	,224
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,668	3	,223	2,080	,113
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	48,250	59	,818		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	19,725	59	,334		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	20,133	59	,341		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	25,769	59	,437		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	12,742	59	,216		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6,316	59	,107		

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	29,463	1	29,463	45,670	,000
TIEMPODEINTERVENCIÓN	3,926	3	1,309	2,029	,120
Error	38,062	59	,645		

Pruebas post hoc: TIEMPODEINTERVENCIÓN

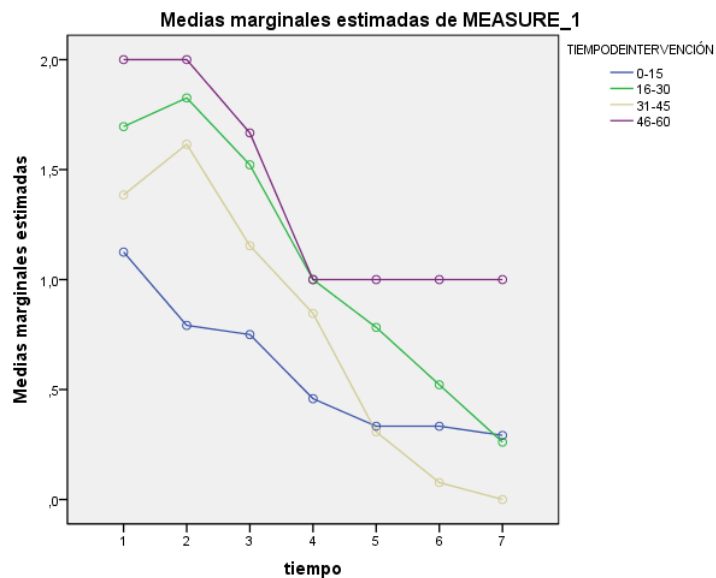
Comparaciones múltiples

MEASURE_1

Bonferroni

(I) TIEMPODEINTERVENCIÓN	(J) TIEMPODEINTERVENCIÓN	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
0-15	16-30	-,50	,234	,215	-1,14	,14
	31-45	-,19	,277	1,000	-,94	,57
	46-60	-,80	,492	,661	-2,14	,55
16-30	0-15	,50	,234	,215	-,14	1,14
	31-45	,32	,279	1,000	-,44	1,08
	46-60	-,29	,493	1,000	-1,64	1,05
31-45	0-15	,19	,277	1,000	-,57	,94
	16-30	-,32	,279	1,000	-1,08	,44
	46-60	-,61	,514	1,000	-2,02	,79
46-60	0-15	,80	,492	,661	-,55	2,14
	16-30	,29	,493	1,000	-1,05	1,64
	31-45	,61	,514	1,000	-,79	2,02

Gráficos de perfil



DOLOR POSTOPERATORIO Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Correlaciones

		Correlaciones						
		Analgesico 1	Analgesico 2	Analgesico 3	Analgesico 4	Analgesico 5	Analgesico 6	Analgesico 7
Dolor1	Correlación de Pearson	,337**	,455**	,456**	,426**	,366**	,295*	,199
	Sig. (bilateral)	,007	,000	,000	,000	,003	,019	,118
	N	63	63	63	63	63	63	63
Dolor2	Correlación de Pearson	,453**	,661**	,603**	,483**	,300*	,260*	,167
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,017	,040	,190
	N	63	63	63	63	63	63	63
Dolor3	Correlación de Pearson	,415**	,658**	,657**	,540**	,370**	,316*	,255*
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	,003	,012	,044
	N	63	63	63	63	63	63	63
Dolor4	Correlación de Pearson	,419**	,664**	,665**	,585**	,508**	,485**	,386**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,002
	N	63	63	63	63	63	63	63

Dolor5	Correlación de Pearson	,345**	,602**	,632**	,611**	,652**	,605**	,512**
	Sig. (bilateral)	,006	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	63	63	63	63	63	63	63
Dolor6	Correlación de Pearson	,207	,499**	,517**	,543**	,606**	,650**	,600**
	Sig. (bilateral)	,104	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	63	63	63	63	63	63	63
Dolor7	Correlación de Pearson	,145	,457**	,529**	,550**	,603**	,626**	,590**
	Sig. (bilateral)	,258	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	63	63	63	63	63	63	63

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH (DAS) Y DOLOR POSTOPERATORIO

Estadísticos descriptivos

DAS		Media	Desviación típica	N
Dolor1	Baja	106,38	37,584	53
	Alta	131,30	27,528	10
	Total	110,33	37,135	63
Dolor2	Baja	88,17	40,863	53
	Alta	111,20	29,634	10
	Total	91,83	39,999	63
Dolor3	Baja	70,83	39,920	53
	Alta	93,40	37,447	10
	Total	74,41	40,115	63
Dolor4	Baja	60,09	37,692	53
	Alta	78,50	31,313	10
	Total	63,02	37,146	63
Dolor5	Baja	49,64	39,242	53
	Alta	60,30	32,745	10
	Total	51,33	38,245	63
Dolor6	Baja	39,98	37,252	53
	Alta	41,90	27,699	10

Total	40,29	35,718	63
Dolor7 Baja	28,74	32,466	53
Alta	27,20	18,683	10
Total	28,49	30,578	63

Contrastes multivariados^b

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,797	36,704 ^a	6,000	56,000	,000
	Lambda de Wilks	,203	36,704 ^a	6,000	56,000	,000
	Traza de Hotelling	3,933	36,704 ^a	6,000	56,000	,000
	Raíz mayor de Roy	3,933	36,704 ^a	6,000	56,000	,000
tiempo * DASC	Traza de Pillai	,099	1,030 ^a	6,000	56,000	,416
	Lambda de Wilks	,901	1,030 ^a	6,000	56,000	,416
	Traza de Hotelling	,110	1,030 ^a	6,000	56,000	,416
	Raíz mayor de Roy	,110	1,030 ^a	6,000	56,000	,416

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intersección + DASC

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,051	175,132	20	,000	,470	,504	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,051	175,132	20	,000	,470	,504	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + DASc

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	210271,180	6	35045,197	83,797	,000
	Greenhouse-Geisser	210271,180	2,822	74499,540	83,797	,000
	Huynh-Feldt	210271,180	3,022	69579,445	83,797	,000
	Límite-inferior	210271,180	1,000	210271,180	83,797	,000
tiempo * DASc	Esfericidad asumida	5818,455	6	969,742	2,319	,033
	Greenhouse-Geisser	5818,455	2,822	2061,491	2,319	,081
	Huynh-Feldt	5818,455	3,022	1925,346	2,319	,076
	Límite-inferior	5818,455	1,000	5818,455	2,319	,133
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	153066,729	366	418,215		
	Greenhouse-Geisser	153066,729	172,169	889,047		
	Huynh-Feldt	153066,729	184,344	830,333		
	Límite-inferior	153066,729	61,000	2509,291		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	12345,367	1	12345,367	15,548	,000
	Nivel 2 respecto a nivel 3	10387,942	1	10387,942	25,066	,000
	Nivel 3 respecto a nivel 4	5528,798	1	5528,798	11,446	,001
	Nivel 4 respecto a nivel 5	6906,696	1	6906,696	24,451	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	6624,031	1	6624,031	18,792	,000
	Nivel 6 respecto a nivel 7	5663,073	1	5663,073	27,886	,000
tiempo * DASc	Nivel 1 respecto a nivel 2	30,129	1	30,129	,038	,846
	Nivel 2 respecto a nivel 3	1,783	1	1,783	,004	,948
	Nivel 3 respecto a nivel 4	145,877	1	145,877	,302	,585
	Nivel 4 respecto a nivel 5	504,919	1	504,919	1,788	,186
	Nivel 5 respecto a nivel 6	642,570	1	642,570	1,823	,182
	Nivel 6 respecto a nivel 7	100,406	1	100,406	,494	,485
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	48435,617	61	794,027		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	25279,487	61	414,418		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	29465,202	61	483,036		

Nivel 4 respecto a nivel 5	17230,732	61	282,471		
Nivel 5 respecto a nivel 6	21502,287	61	352,497		
Nivel 6 respecto a nivel 7	12387,911	61	203,081		

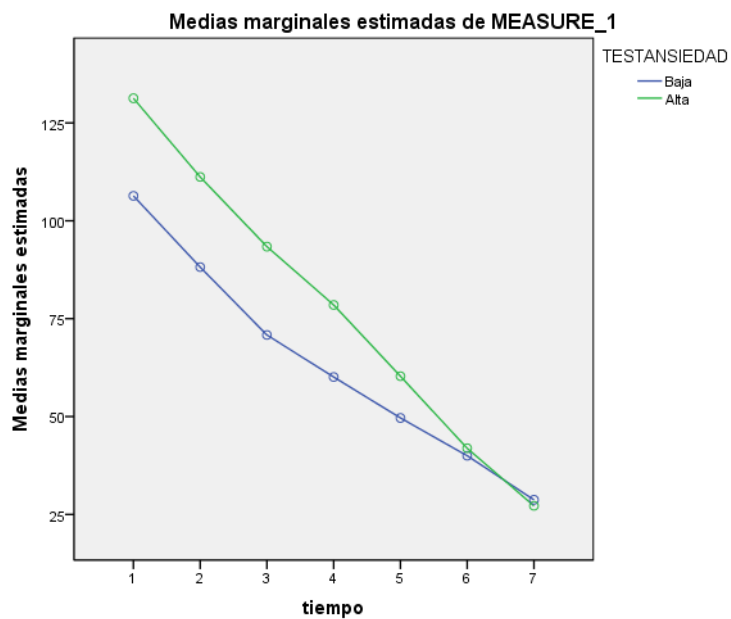
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	167466,504	1	167466,504	167,516	,000
DASc	1715,841	1	1715,841	1,716	,195
Error	60981,981	61	999,705		

Gráficos de perfil



ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH (DAS) Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Estadísticos descriptivos

DAS		Media	Desviación típica	N
Analgesico1	Baja	1,34	1,108	53
	Alta	1,90	,876	10
	Total	1,43	1,088	63
Analgesico2	Baja	1,23	1,250	53
	Alta	2,30	,675	10
	Total	1,40	1,238	63
Analgesico3	Baja	1,04	1,192	53
	Alta	1,80	,632	10
	Total	1,16	1,153	63
Analgesico4	Baja	,66	1,055	53
	Alta	1,30	,823	10
	Total	,76	1,043	63
Analgesico5	Baja	,51	,953	53
	Alta	,60	,699	10
	Total	,52	,913	63
Analgesico6	Baja	,40	,884	53
	Alta	,30	,483	10
	Total	,38	,831	63
Analgesico7	Baja	,30	,774	53
	Alta	,00	,000	10
	Total	,25	,718	63

Contrastes multivariados^b

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,612	14,720 ^a	6,000	56,000	,000
	Lambda de Wilks	,388	14,720 ^a	6,000	56,000	,000
	Traza de Hotelling	1,577	14,720 ^a	6,000	56,000	,000
	Raíz mayor de Roy	1,577	14,720 ^a	6,000	56,000	,000
tiempo *	Traza de Pillai	,234	2,846 ^a	6,000	56,000	,017

TESTANSIEDADc	Lambda de Wilks	,766	2,846 ^a	6,000	56,000	,017
	Traza de Hotelling	,305	2,846 ^a	6,000	56,000	,017
	Raíz mayor de Roy	,305	2,846 ^a	6,000	56,000	,017

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intersección + DASc

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,030	205,856	20	,000	,494	,530	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + DASc

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	83,547	6	13,925	36,849	,000
	Greenhouse-Geisser	83,547	2,961	28,213	36,849	,000
	Huynh-Feldt	83,547	3,180	26,273	36,849	,000
	Límite-inferior	83,547	1,000	83,547	36,849	,000
tiempo * DASc	Esfericidad asumida	12,636	6	2,106	5,573	,000
	Greenhouse-Geisser	12,636	2,961	4,267	5,573	,001
	Huynh-Feldt	12,636	3,180	3,974	5,573	,001
	Límite-inferior	12,636	1,000	12,636	5,573	,021
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	138,303	366	,378		

Greenhouse-Geisser	138,303	180,641	,766		
Huynh-Feldt	138,303	193,981	,713		
Límite-inferior	138,303	61,000	2,267		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,692	1	,692	,849	,360
	Nivel 2 respecto a nivel 3	3,990	1	3,990	11,807	,001
	Nivel 3 respecto a nivel 4	6,476	1	6,476	18,853	,000
	Nivel 4 respecto a nivel 5	6,092	1	6,092	14,928	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	1,436	1	1,436	6,529	,013
	Nivel 6 respecto a nivel 7	1,308	1	1,308	12,039	,001
tiempo * DASc	Nivel 1 respecto a nivel 2	2,216	1	2,216	2,718	,104
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,815	1	,815	2,413	,126
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,127	1	,127	,368	,546
	Nivel 4 respecto a nivel 5	2,536	1	2,536	6,215	,015
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,294	1	,294	1,334	,253
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,356	1	,356	3,275	,075
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	49,721	61	,815		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	20,613	61	,338		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	20,953	61	,343		

Nivel 4 respecto a nivel 5	24,892	61	,408		
Nivel 5 respecto a nivel 6	13,421	61	,220		
Nivel 6 respecto a nivel 7	6,628	61	,109		

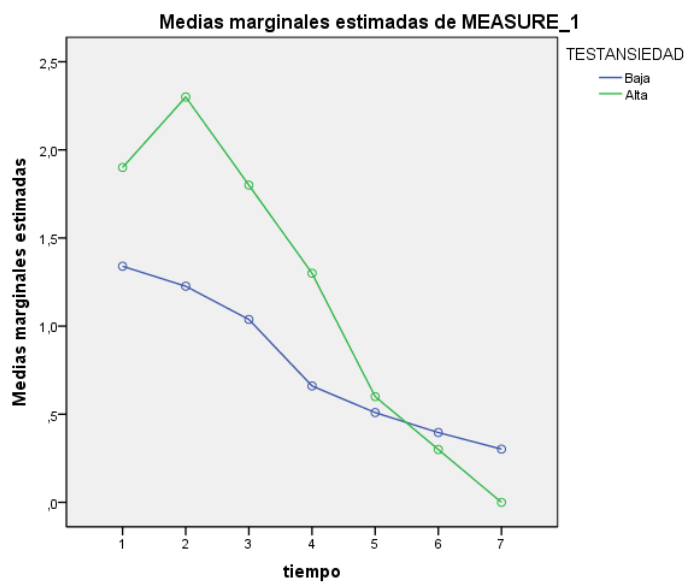
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	32,091	1	32,091	48,085	,000
DASc	1,278	1	1,278	1,915	,171
Error	40,710	61	,667		

Gráficos de perfil



DAS = Baja

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	,80	,919	10
Analgesico2	,70	1,059	10
Analgesico3	,80	1,033	10
Analgesico4	,40	,966	10
Analgesico5	,30	,949	10
Analgesico6	,30	,949	10
Analgesico7	,30	,949	10

a.DAS = Baja

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	,500	1,500 ^a	4,000	6,000	,312
Lambda de Wilks	,500	1,500 ^a	4,000	6,000	,312
Traza de Hotelling	1,000	1,500 ^a	4,000	6,000	,312
Raíz mayor de Roy	1,000	1,500 ^a	4,000	6,000	,312

a. Estadístico exacto

b. DAS= Baja

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,000	.	20	.	,290	,354	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. DAS = Baja

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	3,486	6	,581	4,427	,001
	Greenhouse-Geisser	3,486	1,741	2,002	4,427	,034
	Huynh-Feldt	3,486	2,123	1,642	4,427	,025
	Límite-inferior	3,486	1,000	3,486	4,427	,065
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	7,086	54	,131		
	Greenhouse-Geisser	7,086	15,670	,452		
	Huynh-Feldt	7,086	19,108	,371		
	Límite-inferior	7,086	9,000	,787		

a. DAS = Baja

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,100	1	,100	,310	,591
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,100	1	,100	1,000	,343
	Nivel 3 respecto a nivel 4	1,600	1	1,600	6,000	,037
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,100	1	,100	1,000	,343

	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	1	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	1	,000		
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	2,900	9	,322		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,900	9	,100		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	2,400	9	,267		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	,900	9	,100		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,000	9	,000		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,000	9	,000		

a. TESTANSIEDAD = Baja

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Origen					
Intersección	2,645	1	2,645	3,149	,110
Error	7,559	9	,840		

a. DAS = Baja

DAS= Alta

Estadísticos descriptivos^a

	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	1,50	,707	2
Analgesico2	2,50	,707	2
Analgesico3	2,00	1,414	2
Analgesico4	1,50	,707	2
Analgesico5	1,00	,000	2
Analgesico6	,50	,707	2
Analgesico7	,00	,000	2

a. DAS = Alta

Contrastes multivariados^{b,c}

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo Traza de Pillai	a	.	.	.	.
Lambda de Wilks	a	.	.	.	.
Traza de Hotelling	a	.	.	.	.
Raíz mayor de Roy	a	.	.	.	.

a. No se pueden generar estadísticos de contrastes multivariados porque no hay suficientes grados de libertad residuales.

b. DAS = Alta

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,000	.	20	.	,167	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

Prueba de esfericidad de Mauchly^{b,c}

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,000	.	20	.	,167	.	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. DAS = Alta

c. Diseño: Intersección

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	8,857	6	1,476	3,100	,097
	Greenhouse-Geisser	8,857	1,000	8,857	3,100	,329
	Huynh-Feldt	8,857	.	.	.	.
	Límite-inferior	8,857	1,000	8,857	3,100	,329
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	2,857	6	,476		
	Greenhouse-Geisser	2,857	1,000	2,857		
	Huynh-Feldt	2,857	.	.		
	Límite-inferior	2,857	1,000	2,857		

a. DAS = Alta

Pruebas de contrastes intra-sujetos^a

Medida: MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	2,000	1	2,000	.	.

Nivel 2 respecto a nivel 3	,500	1	,500	1,000	,500
Nivel 3 respecto a nivel 4	,500	1	,500	1,000	,500
Nivel 4 respecto a nivel 5	,500	1	,500	1,000	,500
Nivel 5 respecto a nivel 6	,500	1	,500	1,000	,500
Nivel 6 respecto a nivel 7	,500	1	,500	1,000	,500
Error(tiempo) Nivel 1 respecto a nivel 2	,000	1	,000		
Nivel 2 respecto a nivel 3	,500	1	,500		
Nivel 3 respecto a nivel 4	,500	1	,500		
Nivel 4 respecto a nivel 5	,500	1	,500		
Nivel 5 respecto a nivel 6	,500	1	,500		
Nivel 6 respecto a nivel 7	,500	1	,500		

a. DAS = Alta

Pruebas de los efectos inter-sujetos^a

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	3,306	1	3,306	20,250	,139
Error	,163	1	,163		

a. DAS = Alta

Prueba T

Estadísticos de grupo

DAS		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Analgesico1	Baja	53	1,34	1,108	,152
	Alta	10	1,90	,876	,277
Analgesico2	Baja	53	1,23	1,250	,172
	Alta	10	2,30	,675	,213
Analgesico3	Baja	53	1,04	1,192	,164
	Alta	10	1,80	,632	,200
Analgesico4	Baja	53	,66	1,055	,145
	Alta	10	1,30	,823	,260
Analgesico5	Baja	53	,51	,953	,131
	Alta	10	,60	,699	,221
Analgesico6	Baja	53	,40	,884	,121
	Alta	10	,30	,483	,153
Analgesico7	Baja	53	,30	,774	,106
	Alta	10	,00	,000	,000

Prueba de muestras independientes

	Prueba de muestras independientes									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Analgesico1	Se han asumido varianzas iguales	,411	,524	-1,509	61	,137	-,560	,371	-1,303	,182
	No se han asumido varianzas iguales			-1,773	15,028	,096	-,560	,316	-1,234	,113
Analgesico2	Se han asumido varianzas iguales	10,707	,002	-2,632	61	,011	-1,074	,408	-1,889	-,258
	No se han asumido varianzas iguales			-3,919	22,774	,001	-1,074	,274	-1,641	-,507

Analgesico3	Se han asumido	5,966	,017	-1,961	61	,054	-,762	,389	-1,539	,015
	varianzas iguales									
	No se han asumido			-2,949	23,304	,007	-,762	,259	-1,297	-,228
	varianzas iguales									
Analgesico4	Se han asumido	,811	,371	-1,811	61	,075	-,640	,353	-1,346	,066
	varianzas iguales									
	No se han asumido			-2,147	15,190	,048	-,640	,298	-1,274	-,005
	varianzas iguales									
Analgesico5	Se han asumido	,442	,509	-,285	61	,776	-,091	,317	-,725	,544
	varianzas iguales									
	No se han asumido			-,352	16,076	,729	-,091	,257	-,635	,454
	varianzas iguales									
Analgesico6	Se han asumido	1,335	,252	,333	61	,740	,096	,289	-,481	,674
	varianzas iguales									
	No se han asumido			,493	22,434	,627	,096	,195	-,308	,501
	varianzas iguales									
Analgesico7	Se han asumido	7,222	,009	1,225	61	,225	,302	,246	-,191	,795
	varianzas iguales									
	No se han asumido			2,839	52,000	,006	,302	,106	,088	,515
	varianzas iguales									

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH (DAS) Y BAJA LABORAL

Prueba T

Estadísticos de grupo

DAS		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
BAJA LABORAL	Baja	53	,87	1,272	,175
	Alta	10	1,40	1,506	,476

Prueba de muestras independientes										
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
BAJA LABORAL	Se han asumido varianzas iguales	1,230	,272	-1,179	61	,243	-,532	,451	-1,434	,370
	No se han asumido varianzas iguales			-1,049	11,549	,316	-,532	,507	-1,642	,578

ESCALA DE MIEDO DENTAL DE KLEINKNECHT (DFS) Y DOLOR POSTOPERATORIO

Estadísticos descriptivos				
DFS		Media	Desviación típica	N
Dolor1	Baja	108,44	37,926	57
	Alta	128,33	23,678	6
	Total	110,33	37,135	63
Dolor2	Baja	89,46	40,610	57
	Alta	114,33	26,387	6
	Total	91,83	39,999	63
Dolor3	Baja	71,77	39,852	57
	Alta	99,50	36,501	6
	Total	74,41	40,115	63
Dolor4	Baja	60,75	36,637	57
	Alta	84,50	38,271	6
	Total	63,02	37,146	63
Dolor5	Baja	50,72	38,433	57
	Alta	57,17	39,347	6
	Total	51,33	38,245	63
Dolor6	Baja	39,56	36,090	57
	Alta	47,17	34,184	6

	Total	40,29	35,718	63
Dolor7	Baja	28,33	31,320	57
	Alta	30,00	24,593	6
	Total	28,49	30,578	63

Contrastes multivariados^b

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,705	22,322 ^a	6,000	56,000	,000
	Lambda de Wilks	,295	22,322 ^a	6,000	56,000	,000
	Traza de Hotelling	2,392	22,322 ^a	6,000	56,000	,000
	Raíz mayor de Roy	2,392	22,322 ^a	6,000	56,000	,000
tiempo * DFSc	Traza de Pillai	,132	1,415 ^a	6,000	56,000	,225
	Lambda de Wilks	,868	1,415 ^a	6,000	56,000	,225
	Traza de Hotelling	,152	1,415 ^a	6,000	56,000	,225
	Raíz mayor de Roy	,152	1,415 ^a	6,000	56,000	,225

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intersección + TESTMIEDOc

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
tiempo	,045	182,406	20	,000	,461	,493	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,045	182,406	20	,000	,461	,493	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + DFSc

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	134895,806	6	22482,634	52,982	,000
	Greenhouse-Geisser	134895,806	2,767	48746,544	52,982	,000
	Huynh-Feldt	134895,806	2,959	45580,728	52,982	,000
	Límite-inferior	134895,806	1,000	134895,806	52,982	,000
tiempo * DFSc	Esfericidad asumida	3575,715	6	595,953	1,404	,212
	Greenhouse-Geisser	3575,715	2,767	1292,136	1,404	,245
	Huynh-Feldt	3575,715	2,959	1208,219	1,404	,243
	Límite-inferior	3575,715	1,000	3575,715	1,404	,241
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	155309,469	366	424,343		
	Greenhouse-Geisser	155309,469	168,805	920,054		
	Huynh-Feldt	155309,469	180,529	860,302		
	Límite-inferior	155309,469	61,000	2546,057		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo						

tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	5905,430	1	5905,430	7,453	,008
	Nivel 2 respecto a nivel 3	5740,121	1	5740,121	13,874	,000
	Nivel 3 respecto a nivel 4	3674,668	1	3674,668	7,592	,008
	Nivel 4 respecto a nivel 5	7580,451	1	7580,451	28,701	,000
	Nivel 5 respecto a nivel 6	2430,135	1	2430,135	6,696	,012
	Nivel 6 respecto a nivel 7	4376,846	1	4376,846	21,712	,000
tiempo * DFSc	Nivel 1 respecto a nivel 2	134,764	1	134,764	,170	,681
	Nivel 2 respecto a nivel 3	44,121	1	44,121	,107	,745
	Nivel 3 respecto a nivel 4	86,097	1	86,097	,178	,675
	Nivel 4 respecto a nivel 5	1624,388	1	1624,388	6,150	,016
	Nivel 5 respecto a nivel 6	7,278	1	7,278	,020	,888
	Nivel 6 respecto a nivel 7	191,449	1	191,449	,950	,334
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	48330,982	61	792,311		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	25237,149	61	413,724		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	29524,982	61	484,016		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	16111,263	61	264,119		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	22137,579	61	362,911		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	12296,868	61	201,588		

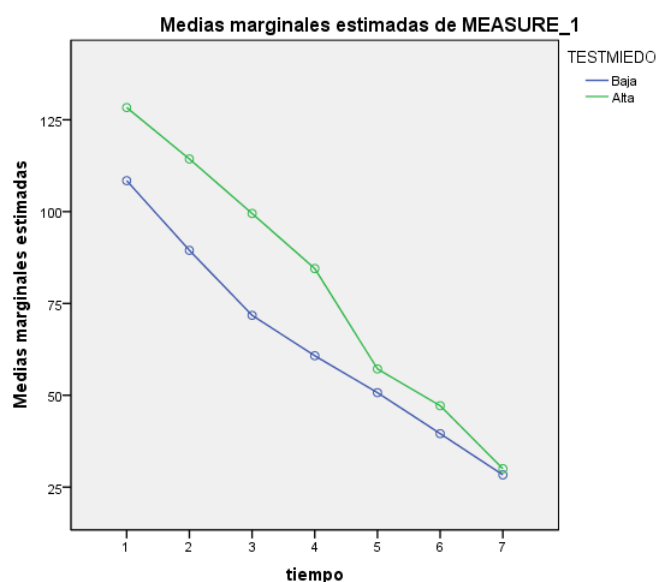
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	113021,847	1	113021,847	112,452	,000
DFSc	1388,844	1	1388,844	1,382	,244
Error	61308,978	61	1005,065		

Gráficos de perfil



ESCALA DE MIEDO DENTAL DE KLEINKNECHT (DFS) Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Estadísticos descriptivos

	TESTMIEDO	Media	Desviación típica	N
Analgesico1	Baja	1,39	1,098	57
	Alta	1,83	,983	6
	Total	1,43	1,088	63

Analgesico2	Baja	1,32	1,256	57
	Alta	2,17	,753	6
	Total	1,40	1,238	63
Analgesico3	Baja	1,11	1,191	57
	Alta	1,67	,516	6
	Total	1,16	1,153	63
Analgesico4	Baja	,74	1,061	57
	Alta	1,00	,894	6
	Total	,76	1,043	63
Analgesico5	Baja	,56	,945	57
	Alta	,17	,408	6
	Total	,52	,913	63
Analgesico6	Baja	,40	,863	57
	Alta	,17	,408	6
	Total	,38	,831	63
Analgesico7	Baja	,28	,750	57
	Alta	,00	,000	6
	Total	,25	,718	63

Contrastes multivariados^b

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
tiempo	Traza de Pillai	,486	8,827 ^a	6,000	56,000	,000
	Lambda de Wilks	,514	8,827 ^a	6,000	56,000	,000
	Traza de Hotelling	,946	8,827 ^a	6,000	56,000	,000
	Raíz mayor de Roy	,946	8,827 ^a	6,000	56,000	,000
tiempo * DFSc	Traza de Pillai	,142	1,542 ^a	6,000	56,000	,182
	Lambda de Wilks	,858	1,542 ^a	6,000	56,000	,182
	Traza de Hotelling	,165	1,542 ^a	6,000	56,000	,182
	Raíz mayor de Roy	,165	1,542 ^a	6,000	56,000	,182

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intersección + DFSc

Diseño intra-sujetos: tiempo

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida:MEASURE_1

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
tiempo	,027	211,944	20	,000	,482	,517	,167

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + DFSc

Diseño intra-sujetos: tiempo

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	58,402	6	9,734	24,845	,000
	Greenhouse-Geisser	58,402	2,895	20,174	24,845	,000
	Huynh-Feldt	58,402	3,104	18,812	24,845	,000
	Límite-inferior	58,402	1,000	58,402	24,845	,000
tiempo * DFSc	Esfericidad asumida	7,545	6	1,258	3,210	,004
	Greenhouse-Geisser	7,545	2,895	2,606	3,210	,026
	Huynh-Feldt	7,545	3,104	2,430	3,210	,023
	Límite-inferior	7,545	1,000	7,545	3,210	,078
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	143,393	366	,392		
	Greenhouse-Geisser	143,393	176,594	,812		
	Huynh-Feldt	143,393	189,372	,757		
	Límite-inferior	143,393	61,000	2,351		

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo						

tiempo	Nivel 1 respecto a nivel 2	,376	1	,376	,449	,505
	Nivel 2 respecto a nivel 3	2,741	1	2,741	7,971	,006
	Nivel 3 respecto a nivel 4	5,816	1	5,816	17,226	,000
	Nivel 4 respecto a nivel 5	5,524	1	5,524	13,437	,001
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,135	1	,135	,608	,439
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,455	1	,455	3,979	,051
tiempo * DFSc	Nivel 1 respecto a nivel 2	,884	1	,884	1,056	,308
	Nivel 2 respecto a nivel 3	,455	1	,455	1,323	,255
	Nivel 3 respecto a nivel 4	,483	1	,483	1,430	,236
	Nivel 4 respecto a nivel 5	2,350	1	2,350	5,715	,020
	Nivel 5 respecto a nivel 6	,135	1	,135	,608	,439
	Nivel 6 respecto a nivel 7	,010	1	,010	,091	,764
Error(tiempo)	Nivel 1 respecto a nivel 2	51,053	61	,837		
	Nivel 2 respecto a nivel 3	20,974	61	,344		
	Nivel 3 respecto a nivel 4	20,596	61	,338		
	Nivel 4 respecto a nivel 5	25,079	61	,411		
	Nivel 5 respecto a nivel 6	13,579	61	,223		
	Nivel 6 respecto a nivel 7	6,974	61	,114		

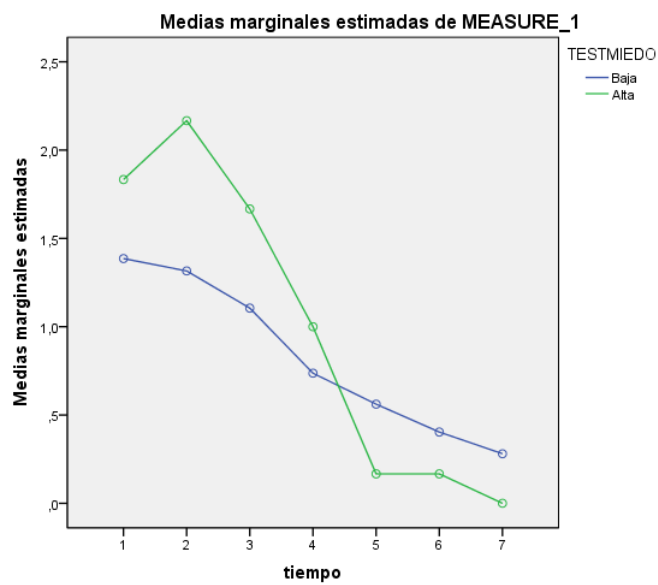
Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida: MEASURE_1

Variable transformada: Promedio

	Suma de cuadrados tipo				
Origen	III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	18,122	1	18,122	26,429	,000
DFSc	,162	1	,162	,237	,628
Error	41,826	61	,686		

Gráficos de perfil



ESCALA DE MIEDO DENTAL DE KLEINKNECHT (DFS) Y BAJA LABORAL

Prueba T

Estadísticos de grupo

	DFS	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
BAJA LABORAL	Baja	57	,91	1,272	,168
	Alta	6	1,33	1,751	,715

Prueba de muestras independientes

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
BAJA LABORAL	Se han asumido varianzas iguales	1,817	,183	-,745	61	,459	-,421	,565	-1,552	,710
	No se han asumido varianzas iguales			-,573	5,569	,589	-,421	,734	-2,253	1,410

BAJA LABORAL-DOLOR POSTOPERATORIO Y ANALGÉSICOS DE RESCATE

Correlaciones

Correlaciones

	BAJA LABORAL
Dolor1	Correlación de Pearson
	Sig. (bilateral)
	N
Dolor2	Correlación de Pearson

	Sig. (bilateral)	,007
	N	63
Dolor3	Correlación de Pearson	,346**
	Sig. (bilateral)	,005
	N	63
Dolor4	Correlación de Pearson	,343**
	Sig. (bilateral)	,006
	N	63
Dolor5	Correlación de Pearson	,333**
	Sig. (bilateral)	,008
	N	63
Dolor6	Correlación de Pearson	,348**
	Sig. (bilateral)	,005
	N	63
Dolor7	Correlación de Pearson	,253*
	Sig. (bilateral)	,046
	N	63
Analgesico1	Correlación de Pearson	,139
	Sig. (bilateral)	,278
	N	63
Analgesico2	Correlación de Pearson	,359**
	Sig. (bilateral)	,004
	N	63
Analgesico3	Correlación de Pearson	,282*
	Sig. (bilateral)	,025
	N	63
Analgesico4	Correlación de Pearson	,321*
	Sig. (bilateral)	,010
	N	63
Analgesico5	Correlación de Pearson	,223
	Sig. (bilateral)	,079
	N	63
Analgesico6	Correlación de Pearson	,253*
	Sig. (bilateral)	,045
	N	63
Analgesico7	Correlación de Pearson	,201
	Sig. (bilateral)	,114
	N	63

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

BAJA LABORAL Y SITUACIÓN LABORAL

ANOVA de un factor

Descriptivos

BAJA LABORAL

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
AOAP	12	1,58	1,929	,557	,36	2,81	0	5
AOAP	8	1,38	1,302	,460	,29	2,46	0	4
R								
AOTC	9	1,11	1,269	,423	,14	2,09	0	3
P								
IE	26	,77	1,032	,202	,35	1,19	0	3
Total	55	1,09	1,351	,182	,73	1,46	0	5

ANOVA

BAJA LABORAL

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6,250	3	2,083	1,151	,338
Intra-grupos	92,296	51	1,810		
Total	98,545	54			

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

BAJA LABORAL

Bonferroni

(I) SITUACIÓN LABORAL	(J) SITUACIÓN LABORAL	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
AOAP	AOAPR	,208	,614	1,000	-1,48	1,89
	AOTCP	,472	,593	1,000	-1,16	2,10
	IE	,814	,469	,534	-,47	2,10
AOAPR	AOAP	-,208	,614	1,000	-1,89	1,48
	AOTCP	,264	,654	1,000	-1,53	2,06
	IE	,606	,544	1,000	-,89	2,10
AOTCP	AOAP	-,472	,593	1,000	-2,10	1,16
	AOAPR	-,264	,654	1,000	-2,06	1,53
	IE	,342	,520	1,000	-1,09	1,77
IE	AOAP	-,814	,469	,534	-2,10	,47
	AOAPR	-,606	,544	1,000	-2,10	,89
	AOTCP	-,342	,520	1,000	-1,77	1,09